5

ÉTUDES CLINIQUES

SUR L'ÉVACUATION RÉPÉTÉE

DE

L'HUMEUR AQUEUSE

DANS LES

MALADIES DE L'ŒIL

PAR

CASIMIR SPERINO

PROFESSEUR D'OPHTHALMOLOGIE À L'UNIVERSITÉ DE TURIN,
COMMANDEUR, MÉDECIN CONSULTANT DE S. M. LE ROI D'ITALIE,
INSPECTEUR GÉNÉRAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE. ETC.

RÉDIGÉES AVEC LE CONCOURS

DU DOCTEUR CHARLES REYMOND

ASSISTANT DE LA CLINIQUE ET DE L'HÔPITAL OPHTHALMOLOGIQUE.
MÉDECIN ET CHIRURGIEN ORDINAIRE
DE L'HÔPITAL DE LA PETITE MAISON DE LA DIVINE PROVIDENCE.

TURIN
TYPOGRAPHIE VICTOR VERCELLINO
1862.

Propriété littéraire

INTRODUCTION

Le diagnostic des maladies profondes de l'œil avait fait de grands progrès grâce à la découverte de M. Helmholtz, mais l'anatomie pathologique étudiée sur le vivant au moyen de l'ophthalmoscope n'avait presque pas fait faire de progrès à la thérapeutique oculaire. J'oserais même dire que la connaissance plus exacte des différentes lésions que l'on observe dans le fond de l'œil avait découragé les praticiens et leur faisait perdre de jour en jour la confiance qu'ils avaient dans l'emploi d'un certain nombre de moyens employés jusqu'alors contre les amauroses.

Cependant le rôle immense des troubles de la circulation interne et la grande influence de la choroïde sur les maladies du globe oculaire fixèrent davantage l'attention des praticiens.

J'avais vu l'iridectomie arrêter l'iritis, la choroïdo-iritis, le phlegmon oculaire consécutif à l'opération de cataracte; j'avais observé que l'excission de l'iris empêchait l'atrophie de l'œil consécutive à l'iritis et à l'irido-choroïdite; j'avais conservé ainsi un certain

degré de vue à des malades qui, traités par les moyens ordinaires, seraient devenus complètement aveugles; j'avais reconnu que l'heureux résultat obtenu par l'iridectomie était dû au retour de la circulation interne du globe oculaire à son état normal ou presque physiologique. Une note publiée dans les *Annales d'Oculistique de Bruxelles*, août 1857, annonçait brièvement ce fait important.

La guérison du glaucome par l'iridectomie annoncée au Congrès de Bruxelles, septembre 1857, ouvrit une voie féconde à la Science et fit entrevoir un avenir brillant à la thérapeutique oculaire.

Cette découverte, dont la science et l'humanité sont redevables à M. Von Graefe, fut accueillie avec enthousiasme par le monde médical, et j'aime à l'avouer, elle fut pour moi le point de départ de nouvelles études qui me conduisirent peu à peu aux résultats que je publie aujourd'hui.

Je ne tracerai pas l'histoire de mes études sur les évacuations de l'humeur aqueuse; je ne décrirai pas ici mes tâtonnements, mes incertitudes, mes émotions même à chaque application nouvelle de ce moyen; je ne parlerai pas non plus des modifications successives qu'une longue expérience m'enseigna à apporter dans leurs applications; je dirai seulement qu'au fur et à mesure qu'augmentait en moi la conviction que l'on peut impunément évacuer l'humeur aqueuse pendant des semaines et des mois, j'étendis le cercle des applications de la saignée blanche de l'œil. Plus j'avançais dans ces recherches, plus je me persuadais du rôle important que joue la circulation des vaisseaux des membranes profondes dans la production des maladies internes et même des affections superficielles

du globe oculaire, et en même temps de l'action puissante du renouvellement fréquent de l'humeur aqueuse sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil.

Si j'ai retardé jusqu'à présent la publication de mes études, c'est que chaque jour je trouvais l'occasion de l'étendre, chaque jour j'apprenais à mieux préciser les indications, le mode d'application et la valeur des évacuations de l'humeur aqueuse; je désirais présenter un travail un peu complet. Aujourd'hui encore je vois que mes recherches sont loin d'être à leur fin, et j'ose entrevoir pour l'avenir des résultats bien plus complets.

Après avoir lu ces quelques lignes, le lecteur appréciera et excusera, je l'espère, le sentiment de réserve qui a inspiré les quelques commentaires que j'expose dans ce travail. Je n'ai d'autre vue que d'exposer un certain nombre de faits dans lesquels j'ai pu constater l'action de ce moyen, et je tais quelques applications moins sûrement appréciables ou encore à l'étude.

Presque toutes ces études ont été commencées, et toutes ont été poursuivies dans l'Hôpital Ophthalmologique (1), dont les malades sont tous affectés à

(1) L'Hôpital Ophthalmologique de Turin, né d'un modeste Dispensaire que j'ai fondé en 1838, compte maintenant plus de 100 lits et bientôt il en aura plus de 300 dans le grand édifice nouvellement construit grâce à la bienfaisance publique et grâce au puissant concours d'une Administration éclairée.

Le nombre des malades internes traités en 1861 fut de 615 et celui des externes de 1475; ce qui a donné le chifre de 2,090 malades.

Les faits publiés dans ce travail, ont été pour le plus grand nombre recueillis dans l'hôpital ophthalmologique et furent

l'enseignement clinique; elles sont donc connues depuis longtemps par les Etudiants et par un certain nombre de Médecins nationaux et étrangers, qui m'ont fait l'honneur d'examiner mes malades.

Quelques publications furent faites par mes élèves dans leurs thèses pour le doctorat. Je me bornerai à parler de celle de M. Cornuty (de Chevron, Savoie), qui fut reproduite dans les *Annales d'Oculistique de Bruxelles* (septembre 1860). Il y faisait connaître les résultats que j'avais obtenu jusqu'alors des évacuations réitérées de l'humeur aqueuse dans le glaucome, les congestions de la choroïde, l'aquo-capsulite, la kératite interstitielle, le pannus, les brûlures de la cornée, l'hypopyon, l'iritis, les staphylômes de la sclérotique et le phlegmon de l'œil.

Une aûtre publication tout aussi importante vient de paraître. C'est un mémoire tout pratique publié par M. le docteur Reymond, mon chef de clinique, sur l'iridectomie seule ou associée aux évacuations répétées de l'humeur aqueuse dans le traitement du staphylôme opaque de la cornée et du kératocone; des procidences graves de l'iris; des ulcères

choisis de préférence parmi ceux qui ont été observés dans les trois dernières années parce que ce n'est que depuis trois ans, qu'un enseignement officiel d'Oculistique a été fondé à Turin.

Quelques-uns cependant, appartenant à la Maison de santé, ont été rédigés par M. le docteur Manfredi, qui en est le médecin assistant. M. Reymond a eu aussi l'occasion de faire quelques applications des évacuations de l'humeur aqueuse dans son service à l'hôpital de la Divine Providence : j'en publie quelques Observations. Enfin quelques faits sont tirés de ma pratique privée, mais en tout petit nombre et choisis parmi ceux qui présentent un plus grand intérêt.

et ramollissements graves de la cornée; du pannus de la cornée.

Le 28 octobre 1861 j'annonçai, dans une lettre adressée à M. le Rédacteur de la *Gazette Médicale* de Turin, que mes études sur les évacuations répétées de l'humeur aqueuse dans un grand nombre de maladies du globe oculaire m'avaient conduit à appliquer le même moyen au traitement de la cataracte. La guérison rapide et complète que j'avais obtenue ainsi chez une dame très âgée de Turin m'avait engagé à diriger mes études sur cette phase intéressante des actions du renouvellement fréquent de l'humeur aqueuse; je commençai immédiatement mes recherches sur une vaste échelle, comme je l'avais fait pour toutes les autres applications de ce moyen. Ces études sont loin d'être terminées, mais ce que je vais en publier suffira, j'espère, pour faire comprendre la direction que l'expérience m'a enseignée à donner à mes recherches, à faire entrevoir les limites d'action de ce moyen et à donner une explication des échecs éprouvés par moi et par d'autres Confrères qui se sont empressés de faire des publications sur un sujet qui mérite de longues études et toute l'attention du praticien.

Les études cliniques que je présente à la sanction de mes Confrères tendent à enrichir et à simplifier la thérapeutique oculaire: j'espère que mon travail trouvera un accueil fraternel et indulgent.

Je me suis limité, dans ces études cliniques, à exposer ce qu'il m'était donné d'observer chaque jour au lit du malade, laissant de côté tout ce qui avait rapport à l'analyse chimique et myerographique de l'humeur aqueuse. J'avais été frappé des changements notables de saveur, de limpidité ou de couleur que peut subir l'humeur aquêuse, mais je ne retrouve pas dans mes notes des données suffisantes pour préciser quelles sont les mutations chimiques ou myeroscopiques imprimées à l'humeur aqueuse dans chaque maladie. Je dois déjà à M. le professeur Moleschott d'avoir pu connaître quelques-uns de ces changements, et j'espère terminer ces recherches. Me tenant au point de vue général clinique, je dirai seulement que l'humeur aqueuse perd d'autant plus sa saveur salée que l'affection choroïdienne a produit des altérations anatomiques plus prononcées; lorsque l'affection est aiguë, et surtout si elle a son siége dans les parties antérieures des membranes internes, elle prend presque toujours une saveur doucereuse; lorsqu'il y a diabète, on trouve le sucre dans l'humeur aqueuse; le chlorate de potasse redonne à l'humeur aqueuse sa saveur salée, même dans le diabète; à mesure que disparaissent les symptômes de désordres de la circulation interne de l'œil, l'humeur aqueuse reprend, en général, sa saveur salée normale.

GÉNÉRALITÉS

Il y a bien longtemps que l'opération de la paracentèse cornéale est dans le domaine de la Chirurgie oculaire. On l'a pratiquée depuis longtemps en Chine et au Japon. Nuck, en 1698, la recommandait déjà formellement : il pénétrait par le milieu de la cornée avec un petit trocart qu'il plongeait dans la chambre antérieure; Thomas Woolhouse, au contraire, attaquait la sclérotique au moyen d'un instrument qu'il appelait *paracenterium*, analogue au trois-quart.

On employa d'abord la paracentèse, paraît-il, contre l'hydrophthalmie, seulement lorsqu'une dégénérescence bien constatée n'exigeait pas des moyens plus énergiques. Mais, plus tard, les applications en devinrent beaucoup plus nombreuses et plus étendues, et chaque chirurgien donnait le choix à des instruments et à des procédés différents, ordinairement selon l'étendue qu'il voulait donner à l'incision et selon la quantité et la durée de l'évacuation à effectuer selon les indications. Tout instrument peut servir pour une opération aussi simple.

MM. Bell, Weller et Velpeau conseillent de la faire avec une lancette; Sabatier la faisait avec une aiguille à cataracte; Beer, Rosas, Jungken, etc., avec un hératotôme; Bénédict faisait une incision comme dans l'opération de la cataracte par extraction, ayant seulement un tiers de moins en longueur; Ford et Camper passaient dans l'organe lui-même un séton formé de

quelques brins de soie, selon la méthode japonaise; Richter perforait la cornée avec le caustique.

Lorsque Rosas voulait, dans l'hydrophthalmie, provoquer une sortie abondante et prolongée d'humeur aqueuse, il prescrivait de pratiquer dans la cornée, à une petite distance de son bord inférieur et avec un couteau à cataracte, une incision longue de quatre millimètres environ, d'empêcher la prompte cicatrisation de la plaie en laissant l'œil ouvert, puis de réitérer la perforation, suivant la même méthode, quelques jours après l'occlusion de l'orifice. Telle était aussi, dans la même maladie, la pratique de Beer, qui voulait qu'on entretînt l'onverture béante pendant plusieurs jours, et mieux, dit-il, pendant des semaines, en en écartant de temps en temps les lèvres avec une lancette.

Carron du Villard, qui la conseilla dans l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, se servait, pour éviter de blesser l'iris, d'un petit instrument composé d'après le modèle du coréoncion de M. Graefe, avec la différence qu'il y a deux lames superposées l'une à l'autre par le même mécanisme que dans l'instrument précité, et qu'une de ces lames non tranchante est en argent, et permet de retirer celle qui coupe au même moment où elle achève la section de la cornée. Pour obvier aussi au même inconvénient, lorsque l'iris venait se contracter sur la pointe de l'instrument, il plaçait la paume de la main au-devant de l'œil, sans le toucher, pour produire de l'obscurité et la dilatation de la pupille, ce qui permettait de retirer l'instrument sans le blesser. Nous verrons que l'on peut facilement éviter de blesser l'iris en ne faisant sortir l'humeur aqueuse que dans un deuxième temps, au moyen d'un stylet mousse.

M. Mackensie dit que l'ouverture de la cornée peut se faire à l'aide d'un des couteaux employés d'ordinaire pour l'extraction de la cataracte; il suffit que la pointe

de l'instrument parvienne dans la chambre antérieure. Il fait la ponction à un dixième de pouce de la sclérotique, sur un point quelconque de la circonférence de la cornée; lorsque le couteau a pénétré dans la chambre antérieure, il le retire un peu et imprime à la lame un léger mouvement de rotation sur son axe; l'humeur aqueuse s'échappe alors promptement; il n'enlève l'instrument que lorsque tout le liquide s'est échappé, pour empêcher l'occlusion de l'ouverture. On peut craindre, en agissant ainsi, de blesser l'iris, comme nous le verrons plus loin.

M. Desmarres écarte les paupières avec le pouce et l'index d'une main, et, par une pression convenable, fixe le globe entre ces doigts; il ponctionne alors la cornée avec une aiguille lancéolaire, dont la lame est pleine et exactement conique, pour empêcher l'écoulement trop rapide de l'humeur aqueuse. A deux millimètres de la pointe, il y a deux petites arêtes qui empêchent la lame de pénétrer plus avant. M. Desmarres préfère se servir de cette aiguille, parce qu'il arrive souvent que le malade n'est pas maître de son œil, que le globe roule avec rapidité dans l'orbite, et que l'aiguille à cataracte pénètre trop loin, ou dans une direction vicieuse. La ponction faite, il retire lentement de la plaie la lance de l'instrument pour que l'humeur aqueuse s'échappe doucement et sans secousse. Si, après cela, il veut vider encore la chambre antérieure, il introduit dans la plaie un petit stylet en argent, à extrémité olivaire, et recourbé en avant à la pointe. S'il juge à propos de pratiquer la paracentèse deux ou trois fois dans le même jour et à des intervalles plus grands, il évite de rouvrir la même plaie pour donner issue à l'humeur aqueuse, parce que, dit-il, il n'y a aucun danger à pratiquer plusieurs ouvertures à la cornée. Mais nous verrons qu'il n'y en a aucun non plus à introduire souvent un stylet à travers la même ouverture, comme

nous allons le voir dans la description suivante, et comme M. Cornuty l'a démontré dans sa thèse de doctorat à l'Université de Turin en 1860.

Je me sers d'un petit couteau à double tranchant, très légèrement recourbé sur le plat et offrant une saillie longitudinale sur chacune de ses faces, ce qui les rend un peu convexes dans le sens transversal et facilite la pénétration de l'instrument. La longueur[1] en est de trois millimètres à peu près. Ce couteau, le même que celui employé par M. Guérin pour la strabotomie sous-conjonctivale, est introduit dans la chambre antérieure, la face concave en avant, par un point choisi de la circonférence de la cornée, ou même en empiétant un peu sur la sclérotique, vers ses limites extrêmes, là où elle recouvre déjà la cornée. Le premier temps de l'opération n'est pas destiné à l'évacuation de l'humeur aquéuse; on en règle bien mieux la sortie avec un petit stylet boutonné, de métal ou de baleine; pour cela, on n'a qu'à presser légèrement en arrière avec le stylet introduit à une profondeur plus ou moins grande dans la chambre antérieure à travers l'ouverture déjà faite.

Le lieu d'élection pour la ponction est presque toujours la périphérie, et c'est presque toujours à la périphérie qu'on doit la pratiquer quand on veut répéter les évacuations par la même ouverture. Je préfère cependant, dans le beau sexe, faire la ponction sur le bord sclérotical de la cornée afin de ne pas en laisser de traces. Quant au point à choisir dans la périphérie de la cornée, cela n'a pas une extrême importance; ce n'est que lorsqu'il existe dans la chambre antérieure quelques produits morbides, tels que du pus, du sang, et qu'on

[1] ERRATA-CORRIGE. — Au lieu du mot : *longueur* — lisez : largeur.

veut en faciliter l'écoulement, qu'il peut y avoir quelque indication à percer la cornée dans un point de sa circonférence plutôt que dans un autre; quel que soit le point de la cornée que l'on ait choisi, l'humeur aqueuse s'écoule avec la même facilité.

Lorsqu'on fait pénétrer l'instrument dans la chambre antérieure en ponctionnant la sclérotique un peu en arrière, on voit presque toujours sortir quelques gouttes de sang provenant probablement du canal de Schlemm ou des vaisseaux qui, de ce canal, se portent à la surface externe de la sclérotique; il n'est pas besoin de dire que ce suintement de sang est plus abondant lorsque le cercle radié péri-cornéal est injecté, ou lorsqu'il y a des signes d'injection des parties antérieures de la choroïde. La conjonctive donne aussi quelquefois un peu d'hémorrhagie si elle est injectée, mais sans conséquence. Cette sortie d'un peu de sang, qui peut se répéter pendant un ou deux jours à chaque introduction du stylet, n'a jamais été suivie d'aucun accident; souvent, au contraire, l'amélioration paraissait plus prompte.

Il n'est qu'une seule circonstance qui pourrait engager à pratiquer la ponction plutôt sur la cornée que sur la sclérotique, c'est lorsqu'il y a un peu de boursouflement de la conjonctive péri-cornéale; l'ouverture peut alors être tellement cachée par la conjonctive, que les introductions successives du stylet deviennent d'autant plus difficiles et douloureuses que l'œil est plus sensible. Le seul point important, c'est de ne point faire la ponction trop petite et de la faire dans le lieu que l'on juge devoir être le plus facile à découvrir, et surtout de se souvenir bien de ce lieu, car il est rare que l'ouverture laisse quelque trace visible après quelques heures; à peine peut-on voir une petite ligne, une traînée, quelquefois une petite goutte de sang pour guider le stylet. Du reste, on doit se souvenir que la ponction en elle-même ne présente aucun danger, et qu'on

peut, aussi souvent qu'on le veut, sans inconvénients la répéter.

La ponction est pratiquée presque toujours sur le même point chez tous mes malades, c'est à dire tout à fait à l'externe, à l'extrémité d'une ligne traversant horizontalement la cornée; je la fais à l'union même de la cornée avec la sclérotique, ou tout au plus, à un millimètre en arrière sur le prolongement de la sclérotique au-devant de la cornée. L'introduction du couteau se fait alors parallèlement à l'iris, et il n'y a pas de danger de la percer, car son insertion se trouve encore un peu en arrière. De cette manière l'incision se retrouve presque instinctivement chaque jour, même si le soin de faire ce pansement n'est pas toujours confié au même opérateur. Dans la clinique, plusieurs malades sont ainsi soumis chaque jour à ces évacuations, et il n'est rien de plus simple, on peut même dire de plus court pour une main un peu exercée.

Il peut arriver quelquefois, si l'incision a été trop large, que, aussitôt que l'humeur aqueuse est évacuée, l'iris se présente au trou laissé par l'aiguille et cherche à s'y engager; on verra même que, dans quelques unes des Observations, j'ai profité de cette sortie spontanée de l'iris pour en faire l'excision ou l'enclavement lorsqu'il y avait indication. Du reste, quelques légères frictions sur le globe oculaire à travers la paupière supérieure, ou l'exposition brusque de l'œil à une lumière vive, ou une légère pression de l'iris avec la cuvette de Daviel, la feront rétracter et en réduiront la procidence comme dans l'opération de la cataracte par extraction, si jamais cet accident excessivement rare venait à se présenter.

Le seul accident grave qui pourrait arriver si l'opération était pratiquée par une main inexperte, ce serait la ponction du cristallin. Il suffit de l'indiquer pour la rendre presque impossible. L'instrument est tenu parallèle à l'iris, et on le retire régulièrement et rapidement comme il est entré. L'humeur aqueuse ne sortant pas dans ce premier temps de l'opération, on ne peut blesser ni le cristallin, ni l'iris. La ponction de l'iris, qu'il est toujours bon d'éviter, est du reste presque sans inconvénient. Nous avons pu voir à la clinique deux malades opérées par d'autres chirurgiens, présenter, l'une, des adhérences de l'iris avec trois points de la cornée légèrement opaques à cause d'une cicatrice laissée par la piqûre; l'autre, une très légère rétraction de l'iris vers sa plaie faite en pratiquant la paracentèse. Ces malades affectées d'iritis n'avaient pas moins ressenti une amélioration très sensible après cette opération, quoiqu'on se fût limité à évacuer un petit nombre de fois l'humeur aqueuse. Du reste, une ponction très légère de l'iris ou une contusion faite avec le stylet ou l'aiguille ne produisent pas de difformité dans la pupille.

A mesure que la chambre antérieure se vide, l'iris se bombe en avant et finit par s'appliquer exactement contre la cornée, et la tension de l'œil diminue d'une manière d'autant plus sensible que la quantité d'humeur évacuée est plus grande. La pupille, si toute la chambre antérieure est à l'état normal, se dilate un peu pour laisser place au cristallin qui se porte aussi en avant, ce dont on peut s'assurer par l'éclairage latéral. Après quelques minutes, la chambre antérieure s'est déjà remplie et reformée comme avant, car on sait avec quelle

rapidité se reproduit l'humeur aqueuse. Nous verrons, du reste, plus bas, combien l'abondance de l'humeur aqueuse et la rapidité de sa reproduction peuvent varier dans diverses maladies de l'œil. Si l'on veut vider de nouveau la chambre antérieure, on n'a qu'à introduire le petit stylet. La simple introduction suffit ordinairement. Quelquefois, cependant, on peut presser un peu en arrière, lorsque l'iris, trop bien appliquée à la cornée du côté de la plaie, ne permet pas la sortie du liquide. Cette pression est le seul temps de l'opération qui soit un peu douloureux; la douleur s'explique très bien, la pression se faisant sur le ligament ciliaire et le plexus des nerfs ciliaires. C'est aussi là une raison pour laquelle on ne doit pas perdre de vue le point où a été pratiquée la ponction, car la blessure est souvent invisible pendant toute la durée du traitement malgré l'introduction répétée du stylet pendant des semaines par la même ouverture. On peut éviter aussi de faire avec le stylet des tâtonnements et d'exercer des pressions toujours pénibles pour le malade, surtout lorsque l'œil est enflammé ou sensible. Il ne faudrait pourtant pas voir dans un surcroit de sensibilité une contre-indication à la paracentèse, car la tension et les douleurs oculaires qui l'accompagnent presque toujours ne manquent pas de se dissiper après les évacuations successives de l'humeur aqueuse.

Comme nous venons de le voir, c'est l'iris lui même et le cristallin qui provoquent la sortie de l'humeur aqueuse en se portant en avant. Lorsqu'il y a synéchie postérieure, la pupille ne peut pas se dilater, l'iris par ses adhérences est devenue un obstacle fixe et l'humeur aqueuse ne sort pas d'elle-même. On est obligé alors d'introduire à plusieurs reprises le stylet et de presser plus fortement pour évacuer l'humeur aqueuse. Souvent pendant les premiers jours il est impossible de vider la chambre antérieure. Nous verrons plus loin l'avantage

que présente ce vide fait au-devant de l'iris dans les adhérences rebelles aux mydriatiques.

Lorsqu'il y a dans la chambre antérieure du pus concréfié, de la lymphe etc., il est quelquefois nécessaire d'introduire très avant le stylet au travers du produit morbide pour obtenir la sortie de l'humeur aqueuse. Quelques fois aussi, dans les mêmes circonstances, l'humeur aqueuse, trouble et épaisse, nécessite des introductions répétées du stylet lorsqu'on n'a pas eu soin de pratiquer une ouverture cornéale un peu large. C'est dans ces cas qu'il est quelquefois utile de se servir du stylet boutonné de baleine, qui doit moins exposer aux contusions et blessures de l'iris.

La rapidité de la reproduction de l'humeur aqueuse est loin d'être toujours la même, comme aussi sa quantité peut varier beaucoup, ainsi que sa couleur et sa transparence. Nous verrons mieux dans la suite ces différences et les déductions cliniques à en tirer. En général, cette rapidité est moins grande lorsqu'il y a peu d'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, lorsque l'iris a contracté des adhérences, et surtout lorsque l'occlusion de la pupille empêche la communication des deux chambres. Assez souvent la reproduction est rapide dans les iridochoroïdites à marche un peu aiguë et accompagnées de douleurs. Toujours les changements dans la quantité, la qualité et la transparence de l'humeur aqueuse sont en rapport avec la marche de la maladie. Lorsqu'on fait des évacuations successives de l'humeur aqueuse à dix ou douze minutes d'intervalle, l'humeur se reproduit rapidement après la première, mais les reproductions suivantes exigent un temps toujours plus long.

A la troisième ou quatrième introduction du stylet dans une même séance, on ne voit souvent sortir que quelques gouttes d'humeur aqueuse, alors qu'à la première, à la seconde même, elle était sortie par jet et en notable quantité. C'est là une circonstance qui peut expliquer la grande efficacité de ce moyen curatif des congestions oculaires.

Les évacuations répétées de l'humeur aqueuse par la même ouverture peuvent être pratiquées de deux manières : coup sur coup, dans une même séance, et suivies d'un repos de quelques jours, ou bien à des intervalles plus éloignés et pendant un temps très long et sans repos.

Dans la première méthode l'humeur aqueuse est évacuée, dans une même séance et par la même ouverture, deux, trois, quatre fois et même plus, à une distance variable de plusieurs minutes, selon l'abondance et la rapidité de sa reproduction. C'est ainsi que j'agissais d'abord presque toujours avant que l'expérience m'eût convaincu de l'innocuité de la seconde méthode. Ces séances sont répétées tous les jours ou à plusieurs jours d'intervalle, plus ou moins souvent, selon les indications. On verra, dans les Observations qui suivront, les indications et les avantages de cette méthode.

Au lieu de répéter ces évacuations dans chacune des séances, on peut multiplier les séances. On pratique l'introduction du stylet et l'évacuation de l'humeur aqueuse le matin et quelques fois aussi le soir, ou plusieurs fois dans la même journée, et cela pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Il n'est pas besoin de dire qu'il est nécessaire quelquefois de combiner ces deux méthodes

en faisant, chaque jour, sortir plusieurs fois de suite l'humeur aqueuse dans un temps court. Nous verrons également qu'il suffit souvent de vider la chambre antérieure une seule fois par jour.

Ordinairement, après 30 ou 40 heures, on trouve l'ouverture cornéale fermée, et l'on doit, pour introduire le stylet, faire non seulement des tâtonnements pour la trouver, mais aussi presser un peu pour rompre les adhérences que ses bords ont pu déjà contracter entre eux. Il ne serait pas prudent de faire des manœuvres trop longues ou trop rudes, mais l'expérience a bien prouvé que les manœuvres n'ont d'autre inconvénient que de causer de la douleur, et quelquefois un peu d'injection près de la plaie, qui pourrait forcer à suspendre momentanément les opérations. Quant à la douleur, elle dure généralement très peu. Du reste, on peut entrer dans l'ouverture huit, dix jours après, et même après un temps plus long sans le moindre inconvénient.

Le pansement consécutif à l'opération de la paracentèse est tout à fait simple: une compresse trempée dans l'eau glacée et renouvelée à de courts intervalles est appliquée sur l'œil ; ce topique suffit pour calmer la douleur qu'aurait pu éveiller l'opération. Lorsque les évacuations sont répétées d'après la première méthode, le malade sera couché et tenu au lit pendant dix ou vingt heures. Si les évacuations sont répétées chaque jour, l'opéré se jette sur son lit et fait les applications glacées pendant quelques heures seulement. Du reste, on permet quelque promenade à l'ombre, et le système diététique n'est pas changé. Si l'œil devient un peu douloureux, les malades eux-mêmes, après quelques jours, savent en trouver le remède, c'est à

dire des applications froides. Les malades de la clinique ne gardent jamais le lit que pour quelques heures. Ce n'est que dans des circonstances particulières, dépendantes de la maladie elle-même, que des précautions plus grandes devront être prises. Il n'est pas nécessaire de dire que l'œil devra être tenu en repos et recouvert d'un léger voile. Il n'y a, en un mot, d'autre précaution à prendre que de faire suivre chaque évacuation d'applications froides et du repos de la vue, et surtout d'éviter tout effort de l'accomodation.

La tolérance pour ces ponctions, ces évacuations répétées, comme nous le verrons plus loin, a quelque chose de surprenant. Il est quelques malades dont les yeux sont très sensibles et qui éprouvent des douleurs au simple contact du stylet, qui demandent eux-mêmes des évacuations plus fréquentes, parce que, si les intervalles de temps sont plus éloignés, ils souffrent davantage. Cette douleur, cette sensibilité de l'œil ne doit point être considérée comme une contre-indication. Ordinairement, lorsque la ponction est faite de manière à ce qu'on la retrouve facilement, on peut répéter les introductions du stylet bien longtemps sans causer même la plus légère injection près de la plaie. Il arrive quelquefois cependant qu'il se fait une petite injection près de la plaie, d'abord limitée à un ou à quelques petits vaisseaux en faisceaux avec un boursouflement léger et très limité de la conjonctive. La sensibilité est alors ordinairement assez grande. On multiplie les applications froides, et deux ou trois jours de suspension de la paracentèse font tout disparaître. La ponction est ensuite répétée, et ordinairement l'œil, habitué déjà au contact du fer, ou mieux, déjà amélioré et rendu moins sensible par les évacuations pratiquées, ne présente plus ce léger accident. Du reste, s'il ne se présente pas de symptôme anatomique, la douleur ne doit jamais faire suspendre les évacuations. Dans les cas où l'injection se serait mani-

festée, comme nous l'avons déjà dit, il sera plus convenable de faire la ponction directement sur la cornée. Lorsque la paracentèse est faite dans une maladie aiguë de l'œil, cette injection s'observe assez souvent; même le bourrelet chémotique qui existerait déjà pourrait devenir plus fort vers l'ouverture. On ne devrait pas voir là une contre-indication, car, ainsi que nous le verrons, l'augmentation du bourrelet chémotique à l'endroit de la ponction n'empêche en rien la diminution du chémosis tout autour de la cornée qui ne manque jamais de se prononcer à mesure que les évacuations de l'humeur aqueuse en éloignent la cause.

Il est bien rare de voir survenir une hémorrhagie dans la chambre antérieure après la paracentèse cornéale. Lorsqu'elle est légère, qu'elle provient de la plaie elle-même (nous avons vu plus haut les circonstances dans lesquelles la plaie peut donner du sang), l'absorption s'en fait rapidement: il suffit alors d'introduire le stylet à plusieurs reprises, d'évacuer le sang jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé. Lorsque quelques gouttes de sang se sont déjà coagulées, il faut laisser reproduire l'humeur aqueuse une ou deux fois. Deux ou trois évacuations faites ainsi suffisent presque toujours pour dissiper toute trace de sang.

M. Desmarres parle d'un suintement de gouttelettes de sang que l'on observe dans des yeux depuis longtemps enflammés avec dilatation et varicosité des vaisseaux iridiens, ce qui s'observe chez les vieillards, à qui, pour cette raison, il fait rarement la paracentèse. C'est une hémorrhagie *ex vacuo*, dans le genre de celles que l'on remarque après la ponction nécessitée par l'ascite.

lorsqu'on n'a pas eu le soin d'exercer une compression progressive sur l'abdomen, ou encore, à la suite de quelques opérations de cataracte glaucomateuse. M. Desmarres donne le précepte de ne pas pratiquer l'ophthalmocentèse sur des yeux désorganisés depuis longtemps, affectés de choroïdite chronique.

Un certain nombre de faits observés à la clinique ophthalmologique de Turin me permettent d'affirmer qu'il ne résulte pas de conséquences fâcheuses de l'hémorrhagie, et que le bénéfice de cette opération n'en est pas perdu. Une fois, dans un cas de glaucôme, on observa une hémorragie quelque peu abondante dans la chambre antérieure. Une saignée, deux jours de repos, suffirent pour l'absorption de la partie du sang qu'on n'avait pu faire sortir. L'iris avait été blessée dans un mouvement imprévu du malade. Le glaucôme n'en fut pas moins très sensiblement amélioré par des évacuations successives.

Chez une jeune fille affectée de choroïdo-iritis ancienne avec staphylôme de la cornée et tension oculaire très forte, une ponction faite sur le centre du staphylôme provoqua une hémorrhagie grave; une ponction fut faite sur la circonférence de la cornée, le sang fut évacué à mesure qu'il s'épanchait, pendant un temps assez long. Ce qui n'avait pu être évacué était absorbé cinq jours après. L'œil était trop désorganisé pour que la malade pût rien gagner quant à la vue. L'iridectomie faite quelques jours après fit cesser tous les symptômes aigus et abaisser complètement le staphylôme.

Chez un malade dont l'Observation est publiée plus loin et chez lequel on avait fait l'iridectomie pour une amaurose glaucomateuse avec décollement de la rétine, une hémorrhagie profonde de la choroïde ou de la rétine pénétra, pendant le cours des évacuations, jusque dans la chambre antérieure. Une première fois la paracentèse, continuée malgré cette hémorrhagie *ex vacuo*, suffit pour dissiper les douleurs et le sang. Quelques

jours après, cet accident se représenta plus grave : une saignée, une application de sangsues dissipèrent en grande partie le sang; les évacuations ne furent pas interrompues.

On observe aussi quelquefois un léger suintement de sang des vaisseaux mêmes de l'iris lorsqu'il existe des adhérences multiples de l'iris; il est très probablement dû aux tiraillements sur l'iris et sur les vaisseaux en partie désorganisés par les changements qui surviennent dans les rapports mutuels des milieux de l'œil.

Nous donnerons plus loin quelques Observations cependant qui paraissent s'écarter de ces règles générales et qu'il est utile de ne point perdre de vue. On peut craindre des hémorrhagies assez graves des parties profondes dans les décollements de la rétine, et même, comme nous le verrons, les évacuations doivent être faites alors avec les plus grandes précautions. Nous verrons aussi que l'hémorrhagie peut se reproduire avec persistance pendant plusieurs jours de suite dans les iritis et les irido-choroïdites avec altérations anciennes, et alors dans la chambre antérieure. Nous citons plus loin, dans les Observations de cataracte, un cas d'hémorrhagie (*ex vacuo*) de la face antérieure de l'iris. Mais on pourra se convaincre aussi qu'alors l'évacuation continuée fait disparaître non seulement le sang épanché, mais en empêche aussi le retour en enlevant sa cause. Notons cependant qu'il est utile, tant que cette complication se présente, de n'évacuer qu'une partie seulement de l'humeur aqueuse; l'effet est plus lent peut-être pour la maladie que l'on combat, mais l'hémorrhagie ne se reproduit pas, ou se reproduit à un moindre degré.

Quant aux petites hémorrhagies que l'on observe sur la rétine ou sur la choroïde, elles seront mieux étudiées quand nous parlerons des applications de la paracentèse aux amauroses.

Comme on le voit donc, cet accident, dû au vide fait

dans l'œil, est d'une rareté bien grande, et c'est surtout aux évacuations, même plus souvent répétées, qu'on doit presque toujours recourir uniquement pour le combattre. Lorsque cette tendance à l'hémorrhagie aura pu être observée, ou que l'on pourra la soupçonner, on devra multiplier les applications froides, et le repos au lit devra être recommandé, d'autant plus que la maladie elle-même l'exigera. Même dans les cas les plus graves, elle n'a jamais eu de conséquences funestes et n'a fait que retarder la guérison. Lorsqu'elle est légère, elle a souvent paru correspondre à une amélioration plus prompte.

Quoique les blessures de l'iris, et surtout ses contusions, soient ordinairement sans danger, quoique les iritis qui en surviennent soient très rares et si légères que l'instillation seule de l'atropine suffise pour les combattre, il est bon de les éviter autant que possible. Ces blessures peuvent être faites soit au moment de la ponction, soit dans les manœuvres du stylet; aussi faut-il avoir la précaution de presser uniformément en arrière, de dehors en dedans, et toujours sans précipitation, parce que si l'humeur aqueuse s'échappe brusquement, l'iris se jette sur la cornée et peut s'enferrer sur la pointe. Pour la même raison, le stylet mousse sera toujours employé de préférence à tout autre instrument pour l'évacuation même de l'humeur aqueuse.

Sur un nombre immense d'opérations faites à la clinique de Turin et dans ma pratique privée, je n'ai jamais observé la suppuration de la plaie. Deux fois seulement, en opérant par la première méthode, on vit la cicatrisation se faire avec plus de lenteur : il s'agissait, dans l'un et dans l'autre cas, d'irido-choroïdite

grave: chez le premier sujet, avec synizèse et pseudo-cataracte; chez le second, avec hydrophthalmie antérieure. Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est qu'il est assez rare que la plaie de la cornée, ouverte avec le stylet pendant des semaines, laisse la moindre trace. Quelquefois on voit des traces imperceptibles sur la cornée, et bien rarement la trace en reste visible à examen non minutieux. Cette trace reste visible cependant lorsqu'on la pratique longtemps de suite dans des affections graves et aiguës de l'œil, dans le phlegmon consécutif aux opérations, par exemple. Cette trace est plus visible, en général, lorsqu'il y a eu chémosis autour de la cornée; alors on observe aussi quelquefois, pendant le traitement, un petit bourrelet conjonctival qui obstrue l'ouverture, surtout si l'introduction du stylet est faite à travers une plus large incision déjà pratiquée à la cornée pour l'iridectomie ou l'opération de la cataracte. Jamais cette cicatrice ne constitue une difformité.

Dans une communication faite il y a quelques mois à une société médicale de Paris à propos de mes études sur les évacuations de l'humeur aqueuse, on a cité, comme conséquence possible de l'introduction répétée longtemps du stylet par la même ouverture, une fistule rebelle de la cornée, et on a dit que le fait aurait même été observé quelquefois. Cette dernière assertion, qui exclut l'idée d'un cas isolé, mise en regard de centaines d'opérés par moi, chez lesquels cet accident ne se présenta pas une seule fois, ne laisse aucun doute qu'il y a ici une cause inconnue, que la méthode a dû être différente. Lorsque la ponction est faite à la périphérie de la cornée, quelle que soit l'affection qui l'a nécessitée, quel que soit le nombre des évacuations par la même ouverture, il ne subsiste jamais aucune fistule. Le seul fait qui pourrait avoir quelque rapport avec cet accident arrivé dans des circonstances que nous ne connaissons pas, est celui-ci : il est quelques malades,

surtout ceux qui sont très nerveux, et dont l'intolérance est plus marquée, ceux surtout chez lesquels l'agitation convulsive du globe oculaire avait rendu la ponction un peu plus difficile, qui accusent, pendant les premiers jours du traitement, des larmoiements assez abondants, momentanés, et qui coïncident avec la cessation prompte d'un peu de photophobie, de douleurs qui s'étaient déclarées plusieurs heures après les évacuations. Quelquefois, comme on peut le voir dans les Observations qui suivent, on a pu se convaincre que la chambre antérieure s'était vidée, probablement à la suite des contractions spasmodiques des muscles oculaires. Mais c'est là un fait sans aucun inconvénient, qui disparaît bientôt, que l'on n'observe plus après quelques jours, et qui n'a rien à faire avec une fistule rebelle. Nous le répétons, jamais fistule n'a été observée à la suite d'évacuations répétées par la même ouverture pendant des mois dans des centaines d'opérés, et il y a là un malentendu de méthode, et, probablement, une simple vue théorique.

M. Desmarres cite deux cas de phlegmon avec fonte de l'œil. Les deux cas présentent cette particularité, que la cornée s'enfonça en entonnoir vers l'iris aussitôt après la paracentèse. De ces deux sujets, l'un avait une choroïdite, l'autre un gonflement et des douleurs insupportables à la suite d'opération de cataracte. Tous deux étaient très âgés et très usés. En telle circonstance il propose d'injecter dans la chambre antérieure une certaine quantité d'eau distillée avec le syphon de la seringue d'Anel, moyen qui lui a réussi dans une opération de cataracte par extraction suivie de cet accident.

Quelquefois, chez des individus ayant la cornée amincie,

nous avons pu constater à plusieurs reprises ce phénomène du plissement de la cornée sans qu'il en résultât le moindre accident, comme du reste on peut le voir à la suite d'autres opérations sur l'œil: même deux fois je vis la cornée non seulement se plisser, mais même s'enfoncer complètement en entonnoir; il est vrai que dans ce cas il n'y avait pas d'inflammation aiguë.

Sur le nombre excessivement grand de cas où les évacuations de l'humeur aqueuse ont été réitérées, même pendant des mois, par la même ouverture, il a été très rare d'observer le moindre degré d'inflammation oculaire à la suite de ces opérations. Je dois noter toutefois que si le malade s'expose au soleil peu de temps après, ou s'il ne prend pas la précaution de continuer sur l'œil opéré les bains froids pour quelques heures, et surtout s'il fatigue trop tôt son œil, il peut être atteint de phlegmon et de fonte de l'œil. Ce grave accident, qui heureusement est de la plus grande rareté, et qui ne survient jamais chez les malades chez lesquels on peut prendre les précautions nécessaires, ne s'est jamais manifesté après les vingt-quatre heures qui suivent l'évacuation, et c'est presque toujours dans le milieu de la nuit qui suit l'évacuation que se manifestèrent les premiers symptômes de la réaction. Ainsi, on peut toujours la prévenir ou en arrêter l'évolution si on peut secourir le malade quand il commence à se plaindre d'une douleur profonde dans l'œil, et quand l'humeur aqueuse commence un peu à blanchir par l'épanchement de lymphe plastique dans la chambre antérieure. Quelques évacuations répétées de demi heure en demi heure, l'emploi plus suivi de la glace sur l'œil, un peu d'émétique à l'intérieur suffisent presque toujours pour subjuguer le phlegmon, si on l'attaque dans son commencement.

Une malade atteinte de glaucôme aigu avec chémosis péri-cornéal et cécité, qui, peu après l'évacuation

de l'humeur aqueuse, cessa de faire des applications froides sur l'œil, eut dès le soir une irido-choroïdite intense avec épanchement considérable de lymphe plastique dans la chambre antérieure et commencement de ramollissement de la cornée; cette malade fut guérie par le même moyen qui avait causé ces accidents, par la paracentèse continuée pendant presque trois semaines.

Une malade cachexique et pellagreuse avait été opérée d'iridectomie dans les deux yeux pour leucôme, synéchies et choroïdite; dans l'œil droit, où la vue était presque complètement éteinte, on faisait l'évacuation depuis six jours; une choroïdo-iritis phlegmoneuse amena la perte de cet œil. — Il était un peu mou avant l'opération.

Une autre malade affectée de glaucome et chez laquelle la paracentèse et l'iridectomie avaient été pratiquées auparavant à l'hôpital avec un succès que l'on pouvait dire satisfaisant, puisque d'une cécité complète elle en était venue à voir le trou d'une aiguille, perdit l'œil à la suite d'une série d'imprudences et par une négligence qui ne pouvaient manquer de causer ce malheur.

Un membre du barreau, atteint de la choroïdite lente avec des corps nageant dans le corps vitré, et chez lequel la paracentèse pratiquée avait procuré immédiatement une amélioration de cette affection ancienne et grave, voulut lire, écrire, et ensuite s'exposer au soleil dans le jour même de l'évacuation de l'humeur aqueuse; il se déclara dans la nuit un phlegmon qui causa la perte de l'œil.

Un autre fait de ce genre fut observé chez un homme politique âgé de 56 ans, atteint aussi d'amaurose et cécité complète dans l'œil droit et commençante dans l'autre. Il y avait atrophie assez avancée des vaisseaux internes de l'œil; il était atteint depuis plusieurs années de douleurs névralgiques à la tête, de contractions spas-

modiques involontaires dans les muscles innervés par la septième paire gauche des nerfs cérébraux; il était hypocondriaque et souffrant depuis longtemps d'une maladie de l'urètre et de la vessie. Peu d'heures après l'évacuation faite dans les deux yeux et qui, répétée déjà quinze fois, avait produit une grande amélioration dans l'œil gauche, il eut l'imprudence de faire une marche de plus d'un kilomètre de distance à pied, de rester longtemps dans un café très éclairé et de revenir très tard dans la nuit, à pied, pendant un abaissement rapide de température. Il négligea, en rentrant, les pansements glacés, et il eut dans la nuit une irido-choroïdite phlegmoneuse dans l'œil droit déjà alors complètement aveugle, et qui ne put être arrêtée par un traitement antiphlogistique très énergique. L'œil gauche toutefois a amélioré et il lit les caractères N° 2. L'affection semble complètement arrêtée.

Ce sont là des faits qui démontrent que les précautions indiquées ne doivent jamais être négligées, surtout chez les sujets que leurs occupations intellectuelles portent à abuser de l'exercice modéré de la vue qu'on leur permet, et particulièrement lorsque l'œil présente des altérations graves et anciennes dans la circulation interne.

Aucun phlegmon ne s'est jamais manifesté dans mes opérés en ville, et cela, probablement, parce que mes recommandations y sont mieux suivies qu'à l'hôpital ou à la maison de santé où les malades, par leur contact les uns avec les autres, sont trop persuadés de l'innocuité de l'opération. En réunissant les trois cas observés à la maison de santé avec ceux qui sont survenus à l'hôpital ophthalmologique, je trouve que, parmi les milliers de malades opérés par moi depuis cinq ans, parmi ceux qui ont été traités par la paracentèse depuis un an par M. le docteur Reymond à l'hôpital de la Divine Providence, la proportion des cas de phlegmon est celle

d'un insuccès sur cent cas pris dans les maladies les plus diverses du globe oculaire. Ainsi, je crois pouvoir conclure que, si les évacuations de l'humeur aqueuse sont faites avec les précautions indiquées, on ne peut pas leur enlever le mérite de l'innocuité; elles ne le perdent qu'à la suite de circonstances fâcheuses qu'il est bon de connaître, mais qu'il sera toujours facile d'éviter avec des précautions du reste si simples et si peu difficiles.

Du reste, ces conséquences fatales n'ont été observées qu'à ces époques de l'année bien connues des praticiens, où presque toutes les opérations sur l'œil paraissent se ressentir davantage du traumatisme; l'irido-choroïdite est alors plus ou moins épidémique. Les malades atteints de ramollissement de la cornée, d'ulcère grave avec hypopyon, arrivent alors à l'hôpital dans un nombre qui a toujours frappé mon attention, et souvent aux mêmes époques j'ai dû suspendre toute opération sur les yeux pour quelques jours pour ne pas augmenter le nombre des insuccès.

Je crois qu'il serait superflu de s'étendre sur ces généralités: le choix du procédé pour une opération aussi simple et aussi inoffensive ne pourra jamais embarrasser le chirurgien. La nature nous en donne elle-même l'exemple dans le kératocèle et l'ulcère perforant, lorsqu'elle produit la rupture de la cornée et l'écoulement de l'humeur aqueuse, ce qui procure toujours au malade un soulagement marqué. Souvent le praticien n'aura qu'à suivre cet enseignement, soit qu'il veuille diminuer la tension oculaire produite par la surabondance des humeurs ou par toute autre cause, ou bien en provoquer l'écou-

lement quand elles sont altérées par un travail morbide. Mais il n'est pas inutile d'insister sur la différence qui existe entre une simple ponction et l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans une même séance, ou tous les jours une fois, pendant un temps plus ou moins long, comme je la pratique depuis quelques années. C'est à cette saignée blanche de l'œil, à sa répétition, à ce dégorgement qu'il produit dans les vaisseaux de l'organe, que l'on doit des résultats que d'autres praticiens n'ont pu obtenir. Le nombre considérable de malades de la clinique ophthalmologique de Turin me permet d'avoir plutôt recours aux faits qui se sont passés dans les dernières années. Ces faits sont trop nombreux pour être tous publiés. Dans le choix que j'ai fait, je n'ai point choisi les succès, mais bien, en général, les cas les plus graves et les plus variés pour mieux faire juger de la valeur de ce moyen et des principes qui doivent guider le praticien dans son emploi.

Je devrais, avant d'entrer dans les applications de la paracentèse, dire quelques mots de l'iridectomie et des autres opérations sur l'iris, avec lesquelles elle a été souvent combinée. Cette étude clinique qui a déjà été publiée par M. le docteur Reymond, chef de la clinique ophthalmologique de Turin, trouvera sa place en grande partie dans ce Mémoire.

Il est d'autres changements que l'on voit survenir dans l'aspect du globe oculaire et qui, bien que moins faciles à étudier dans chaque cas en particulier, sont d'une importance assez grande, pour que, avant de passer aux applications de la méthode, nous devions y porter toute notre attention. La lecture des Observations per-

mettra d'en juger l'exactitude. Je veux parler des changements anatomiques qui frappent le plus l'observateur et qui, étudiés en commun, pourront, jusqu'à un certain point, faciliter l'interprétation des faits et faire juger de l'action de ces évacuations sur la circulation interne de l'œil.

Toutes les inflammations un peu aiguës de la choroïde, de l'iris, presque tous les désordres chroniques lents des membranes internes se réfléchissent sur la surface externe de l'œil: sensibilité, circulation et produits morbides. De la simple injection péricornéale sous-conjonctivale au chémosis péricornéal le plus grave de la choroïdo-iritis aiguë, nous trouvons une série non interrompue de signes d'aspect divers, mais de signification identique : vaisseaux variqueux sous-conjonctivaux; injection légère conjonctivale, et même conjonctivite catarrhale plus ou moins prononcée: aspect blafard, jaunâtre, bleuâtre de la sclérotique; infiltration du tissu cellulaire sous-conjonctival et de la conjonctive elle-même; insensibilité au toucher; sens de tension; névralgies; œdème; douleur des paupières; chémosis étendu; exorbitisme; troubles de la chambre antérieure; diminution, augmentation de l'humeur aqueuse, et bien d'autres encore; ce sont des symptômes si connus des affections internes et qui ont frappé tous les observateurs. Plus sensibles pour les premiers si l'affection est plus limitée dans les parties antérieures, plus prononcés pour les derniers si elle est plus reculée vers les parties profondes, ils ne sont que l'expression des désordres de la circulation et de l'innervation interne de l'œil.

Les évacuations de l'humeur aqueuse ont pour premier résultat de faire disparaître ces effets secondaires des affections internes. Il n'est rien de plus instructif, de plus encourageant pour le praticien que de suivre cette période de retour, cette disparition des symptômes anatomiques les plus superficiels, les plus sensibles. Sans inter-

roger le malade et sans autre examen on peut presque prédire le degré d'amélioration qui va se produire, le parti qu'on pourra en tirer, et annoncer les changements internes qui se sont déjà produits.

Il est surtout quelques circonstances propres à chaque affection en particulier et dignes du plus haut intérêt. Si nous examinons en effet la disparition momentanée, il est vrai, mais souvent presque complète d'un chémosis grave dans les irido-choroïdites suraiguës, si nous suivons le retour difficile à décrire de l'aspect externe de l'œil à sa vivacité, à sa couleur, à sa blancheur naturelle dans un grand nombre d'affections internes, les changements, la disparition des vaisseaux, de l'injection dans les iritis, l'hypopyon, etc., on ne peut être que très frappé de l'action rapide, constante de ces évacuations, lors même que leur effet ultérieur ne serait pas ensuite aussi prononcé qu'on le désirerait pour la vue ou pour la guérison complète du mal que l'on combat.

Toujours ces changements externes précèdent immédiatement ou accompagnent les changements physiologiques et anatomiques que l'on peut observer à l'intérieur de l'œil. Nous ne parlons pas ici des changements internes qui diffèrent davantage selon les diverses affections, et qui cependant, nous le verrons plus tard, ne procèdent pas autrement, malgré les différences qu'ils paraissent présenter à cause des éléments si divers et si nombreux qui semblent en altérer l'ordre et la marche.

Mais il sera peut-être utile d'attirer l'attention sur deux faits d'une grande importance, et qui non seulement peuvent aider à l'interprétation de l'action des évacuations, mais aussi jeter quelque jour sur quelques points de physiologie et pathologie oculaire.

Nous avons parlé d'*exorbitisme*, et nous aurons souvent à revenir sur le fait de la disparition de ce phénomène, sur lequel de récentes discussions ont attiré une attention plus particulière. Nous verrons que souvent ce symptôme a disparu sous les évacuations répétées de l'humeur aqueuse dans des yeux affectés de congestions profondes, de cataracte ou menacés de phlegmon oculaire. Ce serait empiéter sur ce que nous aurons mieux l'occasion d'étudier dans la suite que de s'étendre longuement ici sur ce sujet; disons cependant quelques mots qui serviront à mieux faire comprendre plus loin l'action de cette méthode.

Un grand nombre de congestions internes graves du fond de l'œil. de choroïdites et choroïdo-iritis aiguës sont souvent accompagnées de ce phénomène. Après un temps plus ou moins long et lorsque l'affection a progressé des parties antérieures vers les parties profondes, l'irido-choroïdite est accompagnée d'un exorbitisme plus ou moins grave, suivi quelquefois de phlegmon orbital, et tout opérateur connaît la gravité de ce symptôme. Les évacuations de l'humeur aqueuse, lorsqu'elles sont assez puissantes pour arrêter les progrès du mal arrivé à ce degré, font disparaître souvent assez promptement l'exorbitisme, et toujours ce résultat est inséparable du rétablissement de la circulation interne et de la circulation superficielle antérieure du bulbe oculaire à leur état normal. De même que l'irido-choroïdite peut produire en avant un chémosis péri-cornéal, la choroïdite peut être cause d'un chémosis profond, rétro et péri-oculaire produit par la varicosité des vaisseaux qui sortent de l'équateur du bulbe pour se porter aux plexus veineux de l'orbite : œdème plus étendu, mais semblable aux chémosis séreux du tissu cellulaire péri-cornéal; hydropysie du tissu cellulaire qui peut être suivie d'abcès ou d'hypertrophie même du tissu cellulaire, de même qu'en avant des abcès, des hypertrophies peuvent aussi

avoir lieu dans la conjonctive ou dans le tissu sous-conjonctival. L'effet des évacuations est toujours proportionné, pour la promptitude et l'efficacité, à ces altérations que nous soupçonnons et que l'examen nécroscopique constate presque toujours.

Si, d'après ce que nous venons de dire et d'après ce que nous verrons plus loin, nous pouvons regarder comme prouvé que le premier effet de la saignée blanche et répétée de l'œil est la diminution de la congestion oculaire, nous ne devons pas perdre de vue un autre ordre de faits que les circonstances ont permis moins souvent d'observer, mais qui, par leur constance, semblent avoir une signification plus élevée, je veux dire le rétablissement de l'activité circulatoire.

Si, après avoir fait de nombreuses évacuations, on ponctionne la sclérotique dans la partie antérieure pour une opération d'iridectomie ou de cataracte, on voit toujours sortir un peu de sang de la plaie, sang de couleur rouge, fluide. L'injection conjonctivale, sous-conjonctivale, scléroticale, tous les symptômes en un mot de la congestion interne ont disparus, et cependant du fond de la plaie on voit surgir une petite hémorrhagie, nullement dangereuse, parce que le sang ne pénètre jamais à l'intérieur. Les évacuations activent donc la circulation en la modifiant, et c'est également à tort qu'on a cru observer l'atrophie des vaisseaux de la choroïde dans le point correspondant à la section de l'iris à la suite de l'iridectomie, puisqu'on observe ces mêmes hémorrhagies après elle lorsqu'on fait la ponction scléroticale pour les évacuations; c'est ce que j'ai toujours vu depuis que mon attention a été portée sur ce fait. La congestion a bien évidemment disparu à l'intérieur de l'œil; l'ophthalmoscope, l'observation des symptômes physiologiques et anatomiques le démontrent, l'ordre a été rétabli dans la circulation, mais en même temps l'activité de celle-ci a augmenté, ou tout au moins elle a été modifiée.

INDICATIONS DES ÉVACUATIONS RÉPÉTÉES

DE L'HUMEUR AQUEUSE

ARTICLE PREMIER

Glaucome chronique.

La dureté particulière du globe oculaire dans le glaucome a, depuis longtemps, engagé les chirurgiens à pratiquer la paracentèse pour diminuer la tension interne. Avant la découverte de M. von Graefe, c'était même le seul moyen que l'on pût opposer aux névralgies et aux douleurs qui accompagnent cette maladie à l'état aigu. La paracentèse n'était cependant employée que comme palliatif. M. von Graefe cite néanmoins deux observations de guérison à peu près durable par la paracentèse; ces deux cas de glaucome aigu appartenaient, dit-il, à ceux chez lesquels l'exsudation inflammatoire ne s'étend que sur les parties antérieures de la choroïde. M. Mackensie dit aussi avoir pu quelquefois arrêter ainsi momentanément les progrès rapides des glaucomes. Après avoir également essayé la paracentèse dans le glaucome, je n'ai pas cru davantage, il y a quelques années, à la durée de ses effets. Je la pratiquais alors comme on la pratique encore généralement aujourd'hui, en me contentant de faire la ponction et de vider une fois la chambre antérieure.

Il n'est pas étonnant que l'on ait renoncé à un moyen palliatif dont on n'obtient pas toujours le but désiré ni même la cessation de la douleur, et M. von Graefe avait raison d'écrire encore dernièrement que l'on perdait un temps précieux en faisant ainsi la paracentèse.

On sait qu'un des premiers symptômes du glaucôme chronique est la diminution du diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure ; l'iris est bombé en avant, la convexité de la cornée diminue au contraire, et en examinant la pupille élargie on voit que le cristallin est porté en avant. La quantité de l'humeur aqueuse est donc en proportion inverse de la gravité de la maladie ; ce n'est guère que dans le glaucome aigu que la quantité de l'humeur aqueuse se conserve égale ou augmente ; c'est ce dont on peut s'assurer, du reste, en vidant la chambre antérieure. Quelquefois, dans les cas les plus graves, à peine en sort-il deux ou trois gouttes. Si l'on rapproche de ce fait la rapidité de la reproduction de l'humeur aqueuse, toujours assez prompte même dans le glaucome, il devient évident que la diminution de la tension oculaire doit être bien faible et d'une durée bien courte.

A mesure que la chambre antérieure se vide, la pupille plus ou moins dilatée se contracte immédiatement et reprend sa mobilité, mais ne la conserve pas toujours, au moins complètement ; si on pratique plusieurs évacuations dans la même séance, cette contractilité persiste un peu plus longtemps, pendant un temps variable selon le degré de dilatation et d'immobilité antérieure. Mais si l'évacuation n'a été faite qu'une seule fois, on voit bientôt la pupille devenir aussi large qu'auparavant. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'évacuations que cet effet devient d'abord de plus longue durée et ensuite tout à fait durable. Dans les cas les

plus graves où la compression de l'iris en a déjà altéré considérablement la mobilité, la pupille ne se retrécit qu'au bout de quelques jours, en reprenant peu à peu ses mouvements. En même temps on voit diminuer ou disparaître plus ou moins rapidement, et quelquefois aussi seulement dans la suite du traitement, l'injection des vaisseaux profonds de la sclérotique. Quant à la dureté du bulbe, elle diminue aussi; mais si on touche le bulbe après une première évacuation, lorsque le glaucome est déjà un peu avancé et qu'il est sorti très peu d'humeur aqueuse, on le trouve aussi dur ou presque aussi dur qu'auparavant; le retour de la sensibilité suit les mêmes phases.

Le phénomène le plus intéressant et le plus important aussi à constater, c'est l'augmentation très manifeste de l'humeur aqueuse à mesure qu'on en répète les évacuations, et surtout la corrélation qui existe entre cette suractivité de sécrétion et la disparition des autres symptômes du glaucôme.

On peut déjà la constater, lorsqu'on pratique ces évacuations coup sur coup dans une même séance. Dans les séances suivantes on observe deux faits: une augmentation dans la quantité de l'humeur aqueuse et une rapidité de reproduction d'autant plus grande que la maladie a plus sensiblement amélioré; de sorte que si dans la première ou les premières séances il sortait à peine quelques gouttes d'humeur aqueuse, et s'il fallait alors attendre un temps assez long pour ne répéter l'évacuation qu'une ou deux fois, on verrait, dans les suivantes, la quantité et l'activité de la sécrétion augmenter très sensiblement. Quelquefois même on a pu observer que peu d'humeur aqueuse sortait à la première évacuation et que la quantité de l'humeur reproduite était plus grande déjà dans une même séance. Ici la cessation de

la compression avait permis une sécrétion plus abondante, et presque toujours on a pu observer dès lors des changements notables dans la circulation profonde, une diminution de la congestion interne et le retour de l'aspect extérieur de l'œil à un état plus normal, comme nous le verrons plus loin. Notons ici qu'en opérant ainsi par séances éloignées, on voit souvent que l'amélioration de la vue et la diminution des symptômes anatomiques et physiologiques ne se déclarent que le lendemain ou dans les jours qui suivent l'opération.

Mais c'est surtout lorsque les évacuations sont faites une ou deux fois par jour seulement et continuées pendant un temps assez long que cette corrélation devient plus évidente. Cette augmentation de la quantité de l'humeur aqueuse précède même quelquefois d'un intervalle d'un ou deux jours l'amélioration de la vue, et elle permet de pronostiquer à coup sûr et pour un temps prochain cette amélioration de la vue, ou au moins, dans les cas plus graves, un changement notable dans la circulation interne.

Il n'est pas besoin de dire que les diamètres de la chambre antérieure reviennent peu à peu à leur état normal, la cornée reprend plus ou moins rapidement sa convexité, l'iris se porte en arrière en même temps que la pupille se contracte et conserve sa mobilité; l'injection scléroticale a disparu, et tous ces symptômes d'amélioration marchent de concert.

Quand la chambre antérieure présente une teinte légèrement terne et sale, l'œil s'éclaircit considérablement par l'évacuation; dans ce cas l'humeur aqueuse ne sort pas limpide, mais plus ou moins troublée; elle se reproduit limpide aux évacuations successives, et l'examen ophthalmoscopique peut quelques fois devenir alors bien plus facile. Dans le glaucome arrivé à sa période avancée on observe de même un léger éclaircissement de la chambre antérieure avec diminution légère de la couleur

verte de la pupille. Ce symptôme disparaît à son tour à mesure que la pupille se rétrécit, ou aussi, si l'on a pratiqué l'iridectomie, à mesure que l'affection disparaît.

Le phénomène qui frappe le plus et qui, à lui seul, a souvent engagé à pousser ces évacuations à un nombre très grand, et souvent avec des avantages auxquels on ne pouvait guère s'attendre dans des cas aussi avancés, c'est le changement qui s'opère dans l'aspect exterieur du bulbe oculaire. La couleur terne de la conjonctive, de la sclérotique, l'injection profonde des vaisseaux de la conjonctive, jointe quelquefois à des ectasies commençantes ou à une teinte jaunâtre de la sclérotique, disparaissent ou diminuent presque toujours très sensiblement. L'œil reprend une vivacité qui frappe et sa couleur blanche normale. C'est surtout dans les cas les plus avancés que ce phénomène s'observe plus complètement; il est bien rare, même lorsque la vue ne doit plus reparaître, que ces changements ne viennent dénoter une diminution notable de la congestion interne et que la cessation des douleurs névralgiques ou gravatives ne soient au moins une heureuse compensation, et ne puissent aussi être d'une certaine utilité pour empêcher la fâcheuse influence d'un œil enflammé et douloureux sur l'autre œil auquel on aura pu rendre en partie la vue.

Quant aux parties profondes, elles subissent, plus lentement, les mêmes améliorations que dans l'iridectomie. On n'a pu constater que très rarement les petites hémorrhagies de la rétine et de la choroïde, indiquées par M. von Graefe à la suite de l'iridectomie. Je dois dire, toutefois, que les examens ophthalmoscopiques n'ont pu toujours être faits d'une façon bien régulière pendant la durée des évacua-

tions, ce n'est que lorsque la tolérance pour les paracentèses avait été bien constatée que cet examen n'était plus imprudent. On a pu ainsi faire plus souvent ces recherches lorsque la première méthode avait été employée: avant chaque séance, c'est à dire après un repos de quelques jours pour l'œil opéré, on pratiquait cet examen. Il m'a paru que la diminution instantanée de la tension oculaire est bien moins persistante, moins marquée lorsqu'on agit d'après la deuxième méthode, ce qui m'explique pourquoi cette hémorrhagie est plus rare lorsqu'on ne fait qu'une seule évacuation chaque jour. Cependant, lorsque les évacuations avaient été répétées pendant plusieurs jours de suite selon la deuxième méthode, on a pu aussi apercevoir des traces de très petits points hémorrhagiques pendant le traitement lui-même ou dans les interruptions de quelques jours qu'on lui faisait subir. C'est là un fait très naturel qui correspond à la durée de la diminution de la pression interne.

Les battements des vaisseaux de la rétine ont semblé disparaître assez vite; mais lorsque les évacuations étaient pratiquées à séances éloignées, seul cas où l'examen pouvait être fait avec soin, ce battement reparaissait durant l'examen lui-même et cela pendant assez longtemps et après une amélioration déjà bien prononcée. L'inflexion des vaisseaux se modifie plus rapidement, mais l'enfoncement de la papille, sa couleur verdâtre et le renflement des vaisseaux de la rétine, quand ils existent, ne disparaissent complètement que plus tard dans le cours du traitement et surtout après. Comme nous le verrons, tous ces symptômes diminuent ou disparaissent bien plus rapidement après l'iridectomie lorsqu'on la combine avec les paracentèses que lorsque l'iridectomie est employée seule. Au contraire, l'augmentation de volume des vaisseaux comprimés et moins perméables de la rétine se prononce quelquefois assez rapidement, surtout si l'affection est traitée dans un des moments de re-

crudescence du glaucome, probablement parce que dans ces recrudescences la tension oculaire devient plus forte. Toujours ces symptômes ont suivi une marche rétrograde bien évidemment en corrélation avec la diminution progressive de la pression endo-oculaire et des autres signes anatomiques que nous avons vu plus haut, ou plutôt ils ont disparus après eux. Comme on le verra dans les Observations, c'est surtout dans les cas avancés que ces signes ont été soigneusement étudiés; dans les glaucomes commençants la pupille se rétrécit presque toujours bien tôt, quelquefois même l'iris se contracte très fortement, rendant encore assez difficile un examen qui doit, en tout cas, être très rapide.

On peut également suivre de notables modifications dans la circulation, dans la disposition des éléments de la choroïde, et même on peut dire que la marche rétrograde du glaucome suit d'une façon constante les changements dans la circulation profonde. Les vortex fortement injectés d'un rouge foncé très marqué, se dessinant dans toute l'étendue de la choroïde, reprennent leur calibre et leur cours normal, et cette diminution de la congestion a pour effet de permettre de suivre plus facilement ces vaisseaux dont les rebords se dessinent mieux; on dirait qu'ils sont devenus moins entortillés sur eux-mêmes, qu'ils ont une direction plus nette et sont d'un rouge moins foncé; ils se détachent souvent mieux entre les îlots plus foncés du pigment. On ne peut décrire ici qu'imparfaitement cette série de changements dont l'aspect devra varier selon le degré de l'affection, et qu'on ne peut même quelquefois, dans les cas les plus avancés du glaucome, attribuer qu'à une circulation devenue plus active.

Quant au pigment, il reprend en même temps une disposition plus régulière, il devient finement granulé et n'est plus aggloméré par places et disposé par bandes, d'une façon aussi tranchée: l'aspect miroitant, ardoisé

qu'il a pris souvent, surtout vers les régions avoisinant la papille sous certaines inflexions de la lumière, disparaît aussi en laissant ordinairement un certain degré d'atrophie des couches pigmentaires colorées alors d'un gris rose granulé. Nous retrouverons, du reste, les mêmes phénomènes dans des congestions de la choroïde auxquels on ne pourrait donner encore la dénomination de glaucomes; on dirait que la circulation de la couche des gros vaisseaux de la choroïde redevient normale; que le pigment légèrement déplacé, ou, — pour éviter un langage qui pourrait donner lieu aujourd'hui à une fausse interprétation, le mot *déplacement* étant réservé pour des cas plus graves ou d'autre nature, — que le pigment, refoulé en avant, désagrégé, reprend plus ou moins normalement sa position primitive en s'atrophiant en partie; et qu'enfin la couleur modifiée des vaisseaux se marie alors d'une façon plus normale avec le pigment, et que la diminution de la congestion et aussi l'activité physiologique qu'a repris la circulation font disparaître plus ou moins les traces d'exsudats épanchés dans la choroïde. Du reste, nous le répétons, ces changements que l'on peut surtout observer lorsque les évacuations suffisent à elles seules pour guérir l'affection, varient selon les phases mêmes du glaucome dans lesquelles on les emploie. Nous retrouverons ces diversités, du reste, dans des choroïdites, dans des staphylômes postérieurs commençants, d'une façon plus manifeste encore.

Quelquefois l'amélioration de la vue est tellement prompte, qu'il y a vraiment lieu de s'en étonner; une simple évacuation suffit pour que le malade ressente une amélioration sensible. C'est surtout lorsque le malade se trouve dans un de ces moments d'obscurcissements plus marqués de la vue, espèces de recrudescences qui sont constantes dans le glaucome, qu'on observe un effet aussi prompt.

Cette différence dans la rapidité de l'action des évacuations frappe quelquefois d'une façon surprenante. Des malades dont la vue est depuis deux ou trois jours très considérablement diminuée, accusent quelquefois de suite après la première évacuation une amélioration instantanée. On voit ordinairement alors l'humeur aqueuse sortir un peu moins limpide qu'à l'ordinaire; la vue revient d'emblée au point où elle se trouvait avant la dernière recrudescence. Dans la suite, la marche rétrograde de l'affection suit les mêmes phases, assez souvent cependant d'une façon moins rapide. Les derniers désordres dans la circulation causés par la recrudescence n'ont pas produit encore d'exsudat, ne sont pas compliqués d'altérations organiques, plus difficiles à faire disparaître. Ce qui le prouve, c'est que les évacuations successives n'ont plus une action aussi marquée, aussi prompte. Du reste, ce phénomène ne doit pas faire suspendre les évacuations qui sont toujours nécessaires pour obtenir un effet durable, et qui souvent alors agissent encore avec assez de rapidité. Dans le cours du traitement les malades prétendent aussi quelquefois que certaines évacuations sont bien plus profitables, ou, pour mieux dire, que pendant certaines époques du traitement ces évacuations correspondent à une amélioration plus prononcée, et presque toujours alors on put s'assurer que le malade avait un peu empiré, quant à la vue, le jour précédent. Si ces retours subits de la vue après la première évacuation peuvent être attribués à la cessation de la tension oculaire, il est bien plus probable que les autres évacuations, plus profitables au dire des malades, correspondent à ces recrudescences que nous avons vu plus haut être un des premiers symptômes à se modifier, mais qui cependant peuvent se reproduire encore pendant le traitement; quelques malades, en effet, assurent perdre encore par instants, ou même pendant des jours entiers, un peu du profit acquis les jours précédents.

Le retour de la vue suit presque toujours la même marche que la diminution des désordres de la circulation, et il est plus ou moins lent, plus ou moins continu et progressif selon le progrès qu'a déjà fait la maladie; cependant les altérations organiques qui sont les dernières à disparaître, peuvent retarder, modifier beaucoup le retour de la vue. Quand la congestion diminue, les obscurcissements, s'ils ne sont encore qu'intermittents, deviennent moins fréquents. Dans les glaucomes avancés on observe bien souvent que la vue ne s'éclaircit que le matin, et pendant longtemps quelquefois elle se trouble de nouveau vers la fin de la matinée; chaque jour apporte une durée plus grande dans cette amélioration. Il faut bien noter ce premier symptôme que nous verrons plus loin pouvoir servir de règle pour les indications de la cure; il ne faut pas oublier non plus que, pendant longtemps quelquefois, c'est là le seul effet des évacuations; qu'alors, pendant bien des jours, la maladie semble osciller entre le mieux et les rechutes, jusqu'à ce qu'enfin l'augmentation de l'humeur aqueuse ne vienne annoncer que le mieux va progresser.

Il est un fait à noter ici, parce que c'est celui qui m'a conduit plus directement à l'application des évacuations réitérées de l'humeur aqueuse au traitement de la cataracte. On a quelquefois l'occasion d'observer que la gravité du glaucome diminue jusqu'à un certain point d'une manière bien sensible pour le malade, et qu'ensuite le mieux ne progresse que d'une façon si insensible, que l'on pourrait en douter si la lecture ou les autres moyens de juger de la faculté visuelle répétés à intervalles ne venaient le prouver. C'est après une durée plus ou moins longue du traitement que cette marche très lente se déclare. Du reste, c'est là une observation que l'on peut faire aussi à la suite de l'iridectomie seule ou

bien combinée aux évacuations de l'humeur aqueuse. Les désordres de la circulation interne se sont modifiés très avantageusement tant dans les parties profondes que dans leur manifestation externe sur la sclérotique et la conjonctive; l'accommodation de la vue et l'étendue du champ visuel ont repris leurs fonctions aussi complètement que le degré de l'affection le permet; la chambre antérieure et la pupille ont repris leur aspect normal, etc.; les alternatives d'une vision plus distincte à une vue moins nette ont presque disparu, et le malade ne se plaint plus que d'un brouillard constant qui couvre tous les objets et qui ne paraît pas diminuer; dans quelques circonstances, et surtout lorsque l'état de la rétine et de la choroïde peuvent moins expliquer la persistance de ce symptôme, la vue est un peu meilleure à la lumière naturelle lorsque l'éclat en est un peu moins prononcé: si alors on examine le cristallin à l'éclairage latéral dans des circonstances favorables d'élargissement de la pupille, on peut presque toujours apercevoir un reflet grisâtre comme très finement granulé, surtout prononcé sur la face interne de la capsule dans toute son extension. Au centre on voit souvent aussi se dessiner très nettement par des lignes de même aspect les divisions des segments de cristallin. On ne parle naturellement pas ici de ces opacités plus marquées du cristallin où la cataracte commençante est manifestement annoncée par des stries étoilées et prononcées des couches postérieures. En continuant les évacuations, ce dernier symptôme disparaît peu à peu et à la longue avec le brouillard de la vue, qui certainement dépend de ce léger trouble du cristallin.

Du reste, ce que nous disons ici, on ne doit pas le perdre de vue dans un grand nombre d'affections de la choroïde dont on aura plus loin l'occasion de lire les Observations. On le retrouvera aussi à la suite des iritis, des irido-choroïdites. On sait bien déjà que des

obscurcissements du cristallin sont arrêtés par l'iridectomie, et même on connaît quelques faits de disparition spontanée de ces opacités commençantes après la guérison de la choroïdite, cause de ce trouble de nutrition dans les éléments du cristallin. Les évacuations de l'humeur aqueuse, depuis plusieurs années, sont le moyen employé par moi pour faire disparaître cette complication, cette suite de l'affection, et, comme nous le verrons, le succès dans ces circonstances a bien rarement failli à l'attente.

Je devrais ajouter encore quelques mots sur les opacités du corps vitré, sur les épanchements dans la cornée, qui peuvent compliquer le glaucome, mais je me réserve de parler plus en détail de ces complications dans les chapitres suivants pour éviter des répétitions; il suffit de dire ici que ces complications ne disparaissent qu'avec l'affection principale, suivant ordinairement, comme les opacités du cristallin, de plus ou moins loin l'amélioration du glaucome.

Pendant la durée des évacuations ou pendant les vingt-quatre heures qui suivent une séance de plusieurs évacuations, lorsque le malade accuse une amélioration bien prononcée déjà, il ne faudrait pas s'attendre à voir le malade se servir de son œil aussi bien que sembleraient l'indiquer les phénomènes observés. Le malade voit bien les objets clairs qui lui sont présentés, mais il ne peut les fixer longtemps; s'il distingue seulement deux ou trois lettres d'un caractère qu'il ne peut lire alors, il le lira certainement après un ou deux jours de repos. On ne peut voir en cela qu'une difficulté d'accommodation que la détente produit dans l'œil; les changements de position respective des parties destinées à cette fonction, qui doivent nécessairement avoir lieu après l'évacuation et pendant le temps que dure la suractivité de sécrétion qu'elle produit, et la détente

des vaisseaux internes de l'œil, doivent aussi produire le même effet auquel l'œil doit s'habituer.

En étudiant, du reste, pas à pas ces phénomènes fonctionnels, on peut suivre d'une façon bien manifeste les modifications importantes dans l'accommodation de la vue et qui m'ont conduit à un traitement rationnel des asthénopies par les évacuations répétées de l'humeur aqueuse. Nous retrouverons, du reste, cette action des évacuations réitérées sur l'accommodation nettement accusés dans des affections bien différentes, dans les cataractes, dans les staphylômes postérieurs, dans les choroïdites et même dans des presbyopies précoces, et même dans des presbyties de l'âge avancé. Ce rapprochement vers l'œil de la portée de la vue que l'on a pu très bien déjà apprécier à la suite de l'iridectomie à mesure que les symptômes du glaucome se modifient avantageusement, on pourra l'observer bien plus manifestement encore lorsque l'affection combattue à un degré moins avancé par les évacuations seules est encore susceptible d'un retour complet de la sensibilité de la rétine. On peut prévoir déjà le rapport constant qui existe entre la diminution et la disparition de la presbytie et l'agrandissement de la chambre antérieure, la contractibilité de l'iris, l'augmentation de la quantité de l'humeur aqueuse, et surtout la diminution des signes de la congestion choroïdienne. Nous trouverons notée, du reste, cette diminution de la presbytie dans des Observations d'affections de nature diverse, même lorsque l'iris avait déjà été excisé auparavant jusqu'à l'insertion ciliaire, à mesure que la chambre antérieure reprenait ses dimensions normales à la suite des évacuations; fait qui, soit dit en passant, joint à celui qu'a publié M. von Graefe, de la persistance de l'accommodation malgré la disparition totale de l'iris, pourrait jeter un certain jour sur cette fonction, ou au moins sur une des causes les plus fréquentes de ses altérations.

La limitation du champ visuel présente dans sa disparition les variétés les plus grandes : elle peut disparaître presque d'emblée après la première évacuation, c'est lorsqu'elle est récente; ou bien elle ne disparaît ou ne diminue que pendant le traitement. Elle peut persister pour disparaître ensuite après la cessation des évacuations. Il n'est pas besoin de dire qu'alors il y a altération anatomique; altération qu'on peut souvent constater: diminution de transparence de la rétine ou des parties profondes du corps vitré, etc. On verra mieux plus loin ces effets, ainsi que la réapparition de la sensation des couleurs, lorsque nous étudierons le moyen de combiner les évacuations avec l'iridectomie.

On ne peut indiquer la durée du traitement; il faut agir autant qu'on observe que la maladie suit une marche rétrograde. Lorsque l'amélioration de la vue ne propresse plus, il n'est pas inutile quelquefois de s'arrêter, en recommandant au malade de se présenter de nouveau un ou deux mois plus tard, et surtout de ne point tarder à se soumettre à de nouvelles évacuations dès qu'il y a la moindre apparence de recrudescence. Les récidives ne sont pas rares, et les malades se hâtent presque toujours de revenir, se souvenant bien de l'avantage déjà obtenu. Il est quelques malades chez lesquels ces récidives ont été observées trois ou quatre fois; c'est surtout lorsque le malade était sorti avant d'avoir constaté que les évacuations ne procuraient plus d'amélioration qu'on a observé ces récidives. Du reste, lorsque le malade a dû rester pendant un certain temps à l'hôpital, il fera bien de retourner chez lui pendant les intervalles qu'on juge prudent d'interposer entre les séries d'évacuations; presque toujours alors, et surtout lorsqu'il y a des altérations anatomiques, l'amélioration progresse encore pendant un temps plus ou moins long.

Il ne faut pas se lasser; en agissant ainsi, le glaucome ne fait plus de progrès et toujours on obtient une guérison durable. Quelquefois, dans les cas plus légers, une ou deux séances ou bien cinq ou six jours d'évacuations quotidiennes suffisent pour enrayer pendant longtemps ou définitivement le mal. On verra quelques Observations où l'on a dû les continuer pendant vingt ou trente jours et même répéter ces séries.

Il n'est point vrai que les évacuations perdent leur efficacité quand elles sont répétées. M. von Graefe qui, probablement, pratique plutôt la simple paracentèse de l'œil que des évacuations répétées de l'humeur aqueuse, a observé ce fait. En agissant comme je le fais, on observe, il est vrai, que certaines évacuations ou certaines séries d'évacuations produisent des effets moins prononcés, mais sans aucun rapport avec le plus ou moins de fréquence des évacuations antécédentes. Les premières sont quelquefois les moins utiles et les dernières peuvent être les plus rapidement profitables, lorsque la quantité plus grande de l'humeur aqueuse évacuée produit un dégorgement plus considérable. C'est aussi certainement à cause de la différence du procédé et du principe selon lequel je fais les évacuations, que jamais je n'ai vu le glaucome faire des progrès, contrairement à l'opinion de M. von Graefe, qui croit qu'on perd un temps précieux. Toujours le glaucome est pour le moins enrayé, même dans ses manifestations les plus graves, autant qu'on agit ainsi. Nous ne devons toutefois pas oublier ce que nous verrons plus loin. Dans les cas plus avancés, on devra combiner l'iridectomie aux évacuations lorsque celles-ci n'auront pas une action assez puissante pour diriger à elles seules l'affection vers une terminaison heureuse.

Les évacuations et l'iridectomie pratiquées dans le glaucome ont l'une et l'autre pour suite des phénomènes dont l'analogie est frappante : l'iridectomie agit très promptement, les évacuations plus lentement; à part cela, même marche rétrograde de la maladie, mêmes effets. Il restait donc à étudier si la combinaison de ces deux moyens ne pourrait pas produire des effets plus marqués et plus prompts. Les résultats n'ont pas failli à l'attente. Voici comment j'agis depuis longtemps.

Lorsque le glaucome est dans sa première période, que la pupille n'est pas encore extrêmement dilatée et ne présente pas une couleur verte bien prononcée, que la papille n'offre pas encore d'enfoncement bien marqué, et surtout si la vue n'est pas très gravement altérée et depuis longtemps, si le malade distingue encore bien les objets de moyenne grosseur, les évacuations suffisent. Je ne parle pas des cas moins graves, la guérison alors ne se fait pas attendre longtemps; cinq ou six séances d'évacuations coup sur coup, et, beaucoup mieux encore, une ou deux semaines d'évacuations quotidiennes suffisent ordinairement alors pour procurer une amélioration bien proche de la guérison. Si le glaucome est plus avancé ou plus ancien, que les vaisseaux de la papille commencent à se couder, le traitement sera plus long. Si l'on choisit la méthode des évacuations quotidiennes, on doit quelquefois les suspendre après quelques jours, la sensibilité oculaire ne supportant pas des opérations plus longtemps répétées; on les reprend quelques jours après, et alors, ordinairement, on peut les continuer jusqu'à la terminaison de la cure, pendant dix, vingt, trente jours, et même plus au besoin. Il est bon de suspendre cependant de temps en temps pendant quatre ou cinq jours et de laisser un peu de repos à l'œil opéré, pendant lequel l'amélioration, en général, continue à progresser encore. On opère de nouveau dès que ce progrès s'arrête. Dans les cas les plus graves de

cette catégorie on ne se borne pas à ce traitement. Lors même qu'il ne se présenterait pas d'abord de récidives, il n'est pas mal, comme elles sont toujours possibles, d'opérer de nouveau après un, deux ou trois mois; on obtient encore, après ce repos, un avantage marqué qu'on n'avait pu acquérir pendant le premier traitement.

Si le glaucome est déjà bien avancé et qu'il approche de ses dernières périodes, que l'enfoncement de la papille et la paralysie de l'iris soient bien marqués, avec battements très prononcés et spontanés des vaisseaux rétiniens, pupille très verte, etc., la vue distincte des objets étant presque abolie d'une façon continuelle ou à peu près continuelle, et que le champ visuel soit très restreint, à limites très nettes, ou que dans tous les cas ce rétrécissement soit très ancien, on ne doit plus se borner à la seule ressource des évacuations. On peut les pratiquer de suite, et on obtient ainsi une amélioration marquée déjà, c'est à dire, comme nous l'avons vu, que la maladie rétrograde dans ses symptômes en sens inverse, dans l'ordre opposé à celui dans lequel ceux-ci se sont succédés; après quelques jours on pratique l'iridectomie ou autre opération sur l'iris. L'une ou l'autre de ces opérations agit avec la même efficacité. Il n'est même pas nécessaire, lorsqu'on excise l'iris, que la marge pupillaire soit excisée, ni que l'incision porte jusqu'à l'insertion ciliaire. On peut même lire plus loin quelques Observations où une excision faite à l'iris, sans intéresser ni son bord libre, ni son insertion, de sorte que la nouvelle pupille se trouvait entre ces deux points, donna des résultats aussi complets que lorsqu'on avait agi selon la règle ordinaire. Une incision un peu trop grande faite pour la paracentèse servit très bien quelquefois pour l'enclavement de l'iris lorsque cette membrane venait faire hernie à travers cette ouverture. On verra aussi que le plus souvent, dans les cas les plus graves, je fais de suite l'opération sur l'iris.

En tous cas, ces évacuations faites en premier lieu, en dégorgeant la choroïde et en augmentant ainsi les dimensions de la chambre antérieure dont la diminution est l'effet de la compression interne, rendent plus facile l'excision de l'iris; et lors même que celle-ci n'ait pas été assez complète, il n'est point nécessaire de recourir de nouveau à une opération dont l'efficacité pourra tout aussi bien être complétée par les évacuations réitérées.

On observe souvent un phénomène que nous verrons plus prononcé encore dans d'autres circonstances, je veux parler de l'hémorrhagie qui accompagne presque toujours l'incision de la sclérotique pour peu que la plaie soit faite aux dépens de cette membrane, lorsque l'opération a été précédée d'un certain nombre d'évacuations. Cette hémorrhagie de sang rouge, qui ne pénètre jamais à l'intérieur de l'œil, est pour moi un signe de l'activité de la circulation et paraît assez souvent favorable et un signe heureux pour le pronostic.

Après avoir opéré l'iridectomie, si l'amélioration est non seulement très prononcée, mais paraît augmenter encore rapidement, j'attends que ce progrès se ralentisse; ce qui peut arriver plus ou moins vite, car on sait qu'il est souvent très prononcé pendant plusieurs semaines et même plus quelquefois après l'opération. Quelque soit ce temps, de peu de jours ou de mois, on fait alors la ponction de la cornée et on évacue l'humeur aqueuse; on peut même, si on doit agir peu de jours après l'opération, introduire le stylet par l'incision déjà pratiquée pour l'iridectomie et dont il est facile de rompre les adhérences. On doit agir de même, et plus tôt encore, lorsqu'un jour ou deux après l'iridectomie le malade n'accuse encore aucun changement.

J'ai toujours soin, lorsque je pratique l'iridectomie, de faire par l'incision même de la cornée une ou deux évacuations de l'humeur aqueuse, avant de fermer l'œil et de coucher le malade. Lorsqu'il y a du sang dans la chambre antérieure, les évacuations et les introductions du stylet sont répétées même beaucoup plus souvent, non seulement pour faire sortir le sang que je tiens à évacuer complètement, mais aussi pour provoquer, sur le moment même, sa dissolution dans l'humeur aqueuse lorsqu'une partie s'est déjà coagulée. On voit, en effet, presque toujours la chambre antérieure redevenir très limpide après deux ou trois reproductions de l'humeur aqueuse. S'il ne reste que quelques vestiges de sang, il s'absorbe de lui-même; s'il en reste assez pour qu'on puisse craindre que la disparition soit longue à s'effectuer, on en obtient l'absorption très prompte et complète en répétant ces évacuations pendant un jour ou deux. On comprend que ces évacuations ne pourraient être faites aussi facilement après l'enclavement de l'iris. Jamais, en agissant ainsi, on ne vit survenir aucun accident; jamais les nombreuses iridectomies que j'ai faites depuis trois ans dans le glaucome, n'ont été suivies d'aucun accident grave. Très souvent on peut constater un effet beaucoup plus prompt que si l'on n'avait pas combiné ainsi ces deux moyens.

Voici ce que l'on observe en agissant ainsi : si l'amélioration ne s'est pas déclarée promptement après l'iridectomie, quelques évacuations suffisent pour la produire; lorsque le progrès s'arrête, on le voit reprendre sa marche après les évacuations. On verra, dans les Observations suivantes, les paracentèses réitérées obtenir des guérisons notables là où des iridectomies n'avaient donné que des résultats très incomplets; ordinairement alors il y avait des altérations anatomiques dans les membranes de l'œil; dans quelques uns de ces faits le glaucome n'était pas simple.

L'iridectomie n'exempte pas toujours des récidives. Quelle que soit l'époque après l'opération dans laquelle cette récidive se présente, les évacuations produisent de très bons effets. Nous pouvons voir une rechute de ce genre un an après l'iridectomie, non seulement arrêtée, mais la maladie bien plus sensiblement améliorée qu'après l'iridectomie.

Toujours, en combinant les évacuations et l'iridectomie et en revenant avec insistance sur les paracentèses, on obtient des effets bien plus marqués qu'en se limitant à un seul de ces moyens : tantôt c'est la presbytie, tantôt la limitation du champ visuel, tantôt la perception des couleurs, qui paraissent plus particulièrement disparaître. La perception des couleurs revient ordinairement dans l'ordre suivant : le jaune d'abord, le rouge ensuite et le vert plus tard.

On observe bien aussi alors, dans les cas plus graves, des petites hémorrhagies de la rétine ou de la choroïde dont nous avons déjà parlé, mais celles qu'on observe après les évacuations sont ordinairement moins nombreuses, moins étendues et elles sont un peu plus rares. Elles deviennent, à ce qu'il a semblé d'après quelques Observations, moins nombreuses et d'autant plus rares à mesure que le glaucome se montre plus sensiblement amélioré. On a pu observer quelquefois aussi ces petits points hémorrhagiques, suite de l'iridectomie, disparaître rapidement après quelques évacuations, pour être remplacés par d'autres plus petits et situés à d'autres places.

C'est surtout dans les cas les plus graves, lorsque le glaucome est complet, que l'union de ces deux moyens se montre ordinairement d'une efficacité plus évidente.

Si le malade accuse une perception bien constatée de la lumière, et quelquefois si l'abolition complète de la vue ne date que de peu de jours, il ne faut pas

désespérer, pourvu que malade et médecin soient persévérants. On pratique la paracentèse à titre d'essai et on continue les évacuations pendant sept ou huit jours. Si le malade s'aperçoit de quelque amélioration même momentanée, ou même simplement si la quantité de l'humeur aqueuse parait tant soit peu plus abondante. on fait l'iridectomie; on reprend les évacuations ou de suite après l'opération, ou quelques jours plus tard; les évacuations sont continuées pendant des séries de dix ou quinze jours, ou même plus, selon la tolérance. On revient à la charge après quelques jours de repos, et quelques mois plus tard on peut encore tenter de nouvelles évacuations. En agissant ainsi, on voit peu à peu diminuer les symptômes fonctionnels et anatomiques du glaucome dans l'ordre déjà indiqué, et à intervalles plus ou moins longs. L'extension du champ visuel, la réapparition de la sensation des couleurs, sont souvent les derniers à se montrer. Longtemps on constate encore les obscurcissements momentanés, et il faut surtout agir avec persévérance tant que ce dernier signe n'a pas disparu. On peut compter alors sur un arrêt assez long dans la maladie quand on a pu obtenir ce dernier résultat. Du reste, on observe les mêmes hémorrhagies, la même augmentation de l'humeur aqueuse, etc., mais il ne faut se lasser que le plus tard possible. Des malades venant de très loin chercher des secours, d'une patience extrême, voulant à tout prix rester et insister sur la cure, ont vu leur obstination couronnée d'heureux résultats. On n'aura qu'une seule précaution à prendre, c'est d'insister sur les soins consécutifs et sur les pansements. De graves altérations dans la structure des vaisseaux pourront exposer à des réactions que l'on évitera cependant toujours par une prudence mesurée sur la gravité des altérations. Dans le principe, les hémorrhagies de la chambre antérieure seront rares, peu graves, pourvu que l'on continue les

évacuations, meilleur moyen d'en provoquer l'absorption et d'en vaincre le retour. Au surplus, dans ces circonstances, la diminution presque constante de la chambre antérieure met à l'abri des diminutions trop rapides de la tension oculaire, qu'on pourra éviter toujours en se limitant à vider en partie seulement la chambre antérieure. Du reste, ces affections, parvenues à ce degré, arriveraient nécessairement d'elles-mêmes à une terminaison fatale, c'est à dire à la fonte même de l'œil et à d'autres accidents graves, qu'un traitement long et persévérant pourront conjurer, en donnant souvent encore au praticien et au malade une récompense bien satisfaisante de la patience qu'ils ont déployée.

OBSERVATIONS

I.

Glaucome avancé sans enfoncement des papilles. — Diminution de transparence des milieux de l'œil. — Évacuations. — Petites hémorrhagies rétiniennes. — Guérison.

B. Marie, de Bersano, âgée de 66 ans, paysanne, entrée le 12 mars 1861 à l'Hôpital Ophthalmologique de Turin.

D'un tempérament sanguin, elle fut sujette à d'assez fréquents maux de tête depuis l'âge de 46 ans, époque à laquelle disparut le flux menstruel. Il y a 4 ans, elle fût prise subitement de douleurs très vives péri-orbitaires, avec injection oculaire, puis, après quelques jours, de gonflement des paupières qui s'étendit à la moitié droite du front et de la face. Saignée plusieurs fois, elle guérit, mais avec cécité complète de l'œil droit.

Depuis un mois, l'œil gauche, qui depuis longtemps est presbyte sans qu'elle ait jamais porté des lunettes, fut pris d'affaiblissement progressif de la vue, sans douleur.

L'œil droit a perdu toute sensibilité à la lumière, le globe est mou, strabique à l'externe. La pupille est dilatée, immobile. Les milieux sont transparents, le fond de l'œil est un peu voilé, comme un très léger brouillard; le pigment de la choroïde, peu abondant, laisse voir les vaisseaux choroïdiens. La pupille uniformément grisâtre, enfoncée, entourée par une zône assez large de couleur verdâtre du pigment choroïdien péri-papillaire. Les vaisseaux coronaires et de la rétine sont bien visibles, beaucoup mieux que dans l'autre œil.

Le globe oculaire gauche est dur, la pupille très peu mobile, un peu dilatée. Elle distingue les doigts à travers un brouillard continuel; les lunettes ne changent rien à sa vue. Elle ne voit que de gros objets, sans bien distinguer les contours. Les objets placés au côté interne ne sont pas perçus. Papille de couleur foncée, bien limitée à sa périphérie. Les

vaisseaux veineux sont dilatés sur la papille et sur toute la rétine. Couleur verdâtre du pigment. Autour de la papille le fond de l'œil est un peu voilé dans toute son étendue. Le pigment est abondant dans les espaces intervasculaires et les vaisseaux choroïdiens sont d'un rouge brun, larges, bien visibles dans toute l'extension du fond de l'œil, sauf dans les points où le reflet de la lumière est verdâtre. Paracentèse dans l'œil gauche (trois évac. par séance) les 13, 15, 17, 21 et 24 mars.

Dès le 16 l'amélioration est très prononcée pour la vue.

18 *avril.* — On voit un petit point rouge situé au devant d'une artère à l'externe près de la papille; le fond de l'œil n'est plus voilé.

23. — On voit également un autre petit point hémorrhagique semblable en haut de la papille.

27. — Les points hémorrhagiques ont disparu, ne laissant pas de traces. Les grosses veines choroïdiennes paraissent moins rouges et moins dilatées. La rétine est parfaitement transparente. Les veines de la papille et de la rétine paraissent moins dilatées. La pupille est parfaitement normale et mobile. Le globe est moins dur. La vue est redevenue très bonne. Elle lit à 15 centimètres le N° 10 sans lunettes, et avec une lentille + 15 le N° 3 sans fatigue.

Elle sort le 27 avril. Elle écrit dans le courant de mai que la vue s'est conservée dans le meilleur état. Elle prend depuis sa sortie des pilules purgatives. Pendant son séjour à l'hôpital elle a pris deux purgatifs.

II.

Glaucome. — Evacuations continuées de l'humeur aqueuse à trois reprises différentes, chaque fois avec bon effet. — Résultat final excellent.

Marguerite S., paysanne, âgée de 50 ans, entrée le 17 janvier 1861.

Glaucome avec cécité complète depuis un an dans l'œil droit, cataracte, etc. Affection datant de 4 ans, à marche chronique avec légères et rares recrudescences semi-aiguës.

Glaucome très avancé dans l'œil gauche, à marche chronique pendant un an, et depuis trois mois avec recrudescences, attaques de glaucome sémi-aigu. Elle avait eu trois recrudescences, dont la dernière, accompagnée de douleurs péri-oculaires plus aiguës il y a un mois, laissa après elle une cécité très avancée. Elle compte les doigts de la main placée aux côtés interne et inférieur. Dureté de marbre du globe oculaire. Aplatissement et insensibilité de la cornée; pupille très large, immobile et verdâtre; enfoncement de la papille; vaisseaux coronaires petits et couleur verdâtre péri-papillaire; vaisseaux choroïdiens rouges foncés et bien visibles à travers le pigment. Paracentèse; évacuations de l'humeur aqueuse (une par jour).

17 *janvier au* 1er *février*. — L'humeur aqueuse presque nulle le premier jour, devient peu à peu plus abondante, en même temps que la vue améliorait insensiblement et que la pupille se rétrécissait légèrement. Le 1er février la malade dirigeait ses pas et voyait confusément la figure de l'opérateur.

La paracentèse fut interrompue jusqu'au 6 février, parce que l'introduction du stylet avait provoqué un peu d'injection et un peu de douleur au point de la ponction; dans l'intervalle pas de changements.

6 *au* 20. — Paracentèse deux fois par jour. L'augmentation de l'humeur aqueuse devint, au bout de quelques jours, très sensible, en même temps que la vue augmentait au point qu'elle pouvait, le 11 février, voir dans toute l'extension du champ visuel une petite ficelle. Le fond de l'œil était dans le même état, sauf que les gros vaisseaux choroïdiens semblaient moins développés. La pupille n'a pas repris ses mouvements, mais s'est déjà bien rétrécie; l'œil est très sensible. Elle sortit jusqu'au 28 février; pas de changements dans cet intervalle.

28 *février au* 11 *mars*. — On fit de nouveau l'évacuation de l'humeur aqueuse, deux fois par jour, avec amélioration toujours lentement progressive. La pupille reprit sa mobilité et sa forme presqu'entièrement. La malade lit le N° 25, à 50 centimètres de distance normale, dans toutes les directions. Les lunettes produisent peu d'amélioration. La chambre antérieure est comme dans la presbyopie.

Pendant tout le traitement elle a pris des pilules purgatives. (Aloès et jalap 0,05 de chacun, — 2 par jour).

III.

Glaucome confirmé de l'œil droit, commençant dans le gauche. — Evacuations de l'humeur aqueuse continuées pendant plusieurs jours. — Guérison de l'œil gauche. — Amélioration sensible et progressive de l'œil droit.

Dominique F...., 66 ans, de Tonco (province de Casal), laboureur, tempérament sanguin-bilieux, entre le 14 juillet à l'hôpital ophthalmologique de Turin.

Presbyte depuis 1848, à la suite de fièvres intermittentes avec engorgements consécutifs des viscères abdominaux, état qui, bien qu'ayant disparu, laissa toujours un peu de constipation et de difficulté de la digestion. L'affection de l'œil droit remonte à 2 ans; la période des prodromes dura jusqu'en janvier 1860, avec accès toujours plus rapprochés. La presbyopie augmentait progressivement et le champ visuel se limitait. La partie externe de la rétine est insensible depuis quelques mois; il a eu une attaque de glaucome aigu à cet œil dans le mois de janvier. On employa, sans aucun profit, un traitement antiphlogistique énergique, général et local. La vue fut complétement abolie depuis lors. La partie interne de la rétine avait encore quelque perception de la lumière. L'œil gauche, jusque-là sain (sauf la presbytie progressive), ressent depuis deux mois un affaiblissement progressif et continu de la vue, avec larmoiement et douleurs semblables à celles de l'autre œil.

Etat actuel. — Injection et chémosis péri-cornéal dans les deux yeux, surtout dans le droit; cornées aplaties et à peu près insensibles; pupilles dilatées et immobiles; trouble de l'humeur aqueuse et effacement presque complet de la chambre antérieure; couleur vert-de-mer du fond de l'œil, très prononcée surtout à droite; larmoiement, tension oculaire, névralgies causant de l'insomnie, dureté de pierre des globes oculaires; aspect cadavérique de l'œil droit; cécité complète dans toutes les directions à droit; à gauche, presbytie exagérée avec hallucinations de la vue; il voit tous les objets beaucoup plus petits. Il lit lettre par lettre, et sans difficulté, les derniers numéros de l'échelle de M. Jaeger avec de fortes lunettes convexes.

Examen ophtalmoscopique. — *Œil droit.* Trouble des milieux réfringents; enfoncement, couleur verdâtre, pulsations des artères de la papille optique, couleur rouge foncé de la choroïde; en un mot, caractères classiques de glaucome. — *Œil gauche.* Les vaisseaux coronaires sont très dilatés, surtout les veines. La papille, recouverte de vaisseaux en réseaux, est large, rouge; congestion de la choroïde.

Marche et traitement. — 14 *juillet.* — Potion émétisée.

15. — Deux paracentèses (3 évac.); humeur aqueuse très abondante et très trouble, qui se reproduit avec rapidité et abondance. Aussitôt l'œil gauche voit les objets de grandeur naturelle, et la perception de la lumière augmente. Les pupilles se rétrécissent et sont dès lors redevenues mobiles; les chambres de l'humeur aqueuse sont plus diaphanes. Les cornées deviennent sensibles, et, quelques heures après, les douleurs névralgiques avaient disparu pour ne plus reparaître. Les jours suivants, l'amélioration augmenta encore un peu dans l'œil gauche. On prescrivit quelques légers purgatifs.

19 *et* 22. — La paracentèse fut répétée aux deux yeux. Elle ne produisit aucun effet sur la vue du côté droit. A gauche, la presbytie a diminué. Le sujet lit couramment et sans lunettes les mêmes numeros de l'échelle. Les pupilles sont mobiles, surtout à gauche. La couleur verdâtre du fond de l'œil est plus claire. L'examen ophthalmoscopique est plus facile. Aucun changement du fond de l'œil, sauf l'injection choroïdienne, qui a très sensiblement diminué, à l'œil gauche surtout qui est moins dur.

24, 25, 26. — On fit des évacuations répétées de l'œil droit trois fois dans la journée. Au dernier jour, l'humeur aqueuse était devenue peu abondante. Le malade n'observa aucune amélioration de la vue. Une nouvelle séance de trois évacuations fut répétée, pour les deux yeux, le 2 août.

3 *août.* — La vue de l'œil gauche était redevenue telle qu'elle était avant la première apparition du mal. L'œil droit aussi éprouvait une légère amélioration, qui ne fit qu'augumenter rapidement, au point que le 7 août, jour de la sortie, l'état des yeux était le suivant: — *Œil droit.* Dureté presque physiologique; aucune injection; sclérotique un peu terne et bleuâtre, cornée évidemment plus convexe; la chambre antérieure est grande comme dans la presbytie; pupille mobile; couleur noire du

fond de l'œil. L'injection choroïdienne postérieure a diminué très sensiblement; les pulsations de l'artère centrale et la teinte verdâtre de la papille ont disparu; celle-ci est toujours très enfoncée, mais ses vaisseaux ne sont plus variqueux; le champ visuel est toujours limité; les parties supérieure, interne et inférieure de la rétine sont les seules sensibles. Il peut, avec des lunettes convexes, distinguer avec peine deux ou trois lettres du numero 23 de l'échelle de Jaeger. — *Œil gauche.* Il est en tout semblable à un œil de presbyte; l'injection choroïdienne en a disparu. La pupille, large, est de couleur et d'aspect normaux. Il lit bien le N° 10, sans lunettes, à 30 centimètres de distance. On n'observe pas d'échymoses sur la rétine.

Aucun autre traitement ne fut employé, sauf quelques purgatifs. Le malade ne resta jamais au lit. Quelques applications froides étaient faites après les évacuations.

Il sort le 7 août et rentre le 29 du même mois. Au 18 septembre de la même année, il n'y a pas de changement quant à l'état anatomique des yeux: le malade nous dit avoir acquis encore un peu de vue pendant 2 ou 3 jours.

Paracentèse du 29 août au 8 septembre, matin et soir. Amélioration progressive. Le 10 septembre, l'œil droit lit sans lunettes les derniers numéros de l'échelle de Jaeger, et l'œil gauche le N° 6 sans lunettes; il est tenu en observation jusqu'au 18 septembre. Aucun changement.

IV.

Glaucome aux deux yeux (première période). — Diminution très considérable de la vue. — Enfoncement de la papille et pulsation de la veine centrale. — Six séances d'évacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète.

Marguerite M., tailleuse, âgée de cinquante-six ans, d'Aramengo, entrée le 11 février 1860.

La vue baisse considérablement depuis cinq mois dans l'œil gauche, depuis trois mois dans le droit; la diminution de la vue se fait sentir beaucoup plus par moments. Il y a quelques années, elle avait essayé de corriger avec des lentilles convexes la

presbytie dont elle était affectée, mais le soulagement que procuraient les lunettes n'était que momentané, et depuis quatre ans elle dut renoncer complètement à sa profession.

Etat actuel. — Globes oculaires durs; pupilles dilatées, surtout à gauche, et immobiles; cornée gauche peu sensible; milieux de l'œil droit tout à fait transparents; à gauche le fond de l'œil est vu comme à travers un très faible nuage; papille gauche un peu enfoncée avec battement léger de la veine centrale ne s'étendant pas au-delà de la papille. Du reste pas d'autres altérations, sauf un aspect rouge brun très foncé de la choroïde dans les deux yeux. La malade depuis deux jours ne voit plus que confusément la face des personnes de l'œil gauche; elle peut lire avec beaucoup de peine de l'œil droit les caractères moyens.

Traitement. — 11 *février.* — Une purgation.

12. — Paracentèse; ponction à l'externe et évacuations de l'humeur aqueuse dans les deux yeux (quatre à droite, trois seulement à gauche où l'humeur aqueuse est trouble et ne se reproduit que lentement). De suite après la séance on examine le fond de l'œil qui n'est plus voilé par un nuage comme la veille. De suite après la première évacuation la malade dit qu'elle y voit plus clair. Pansement à la glace toute la journée.

15. — La vue a amélioré dans les deux yeux au point qu'elle lit couramment de l'œil droit et qu'elle distingue quelques lettres de l'œil gauche (4 évacuations aux deux yeux); humeur aqueuse limpide.

19. — La vue a encore amélioré, elle lit de l'œil gauche; trois évacuations dans les deux yeux.

21, 27 *février et* 10 *mars.* — Evacuations multiples.

La vue améliora après chaque séance, elle n'a plus ressenti aucun éblouissement de la vue; on avait ordonné, le 1er mars, une nouvelle purgation.

Le 24 mars, jour de sa sortie, la vue est tout à fait normale aux deux yeux, il n'y a plus aucune trace d'altération profonde; les pupilles sont tout à fait mobiles.

V.

Glaucome aigu. — Trois récidives, dont une avec altération de la cornée. — Evacuations de l'humeur aqueuse, chaque fois avec succès.

Jean B., âgé de 51 ans, de Tronzano, entré le 9 avril 1860.

D'un tempérament sanguin-bilieux, intendant de campagne, il fut affecté de rhumatismes qui se localisèrent sur le nerf sciatique. Toutes ses douleurs cessèrent après l'apparition du flux hémorroïdal ; le flux cessa il y a trois mois, et depuis lors il ressentait chaque soir un peu de cuisson dans l'œil gauche. Il ne se souvient pas de changements dans la vue.

Il y a cinq jours, revenant d'une tournée dans la campagne par un temps humide et froid, il ressentit subitement une douleur aiguë à l'angle interne de l'œil gauche; l'œil devint rouge pendant la nuit, gonfla, et les douleurs s'étendirent au pourtour de l'orbite et au globe oculaire. On lui fit quatre saignées au bras en deux jours. Après la deuxième saignée, les douleurs qui avaient continuées, devinrent lancinantes et intolérables, s'exarcerbant chaque jour de 6 heures du soir à 3 heures du matin. Pendant la journée, il y avait égale intolérance de la lumière, mais les douleurs se calmaient un peu. Il ne pouvait relever la paupière supérieure qui lui semblait paralysée et insensible.

Etat actuel. — Globe oculaire dur comme le marbre, très sensible et très douloureux au toucher; douleurs oculaires péri-orbitaires, surtout à l'angle interne. Vaisseaux profonds de la conjonctive sclérotícale très injectés, avec injection très prononcée, rayonnante, peri-kératique. Chambre antérieure troublée; iris de couleur brun foncée et terne; pupille très large, immobile, comme voilée d'un léger brouillard. La vue est nulle dans presque toute l'étendue du champ visuel; il ne voit que la lumière placée à l'interne. L'examen ophtalmoscopique fut très court à cause de l'intolérance du malade ; la papille ne se reconnait presque que par la disposition des vaisseaux qui sont très multipliés sur la papille et autour d'elle; sur la rétine les vaisseaux sont turgéfiés. Les milieux de l'œil, un peu obscurcis dans leurs parties anté-

rieures, rendent encore plus difficile l'examen. Dans l'œil droit, dont la vue s'est obscurcie un peu dans ces derniers jours, on voit aussi la même turgescence des vaisseaux de la rétine.

On donne de suite au malade une potion émétisée. La douleur diminue un peu, mais dans la nuit, à trois heures, douleurs comme le jour précédent.

10 *avril* (*matin*). — Paracentèse (quatre évacuations); l'humeur aqueuse est de couleur citrine à la première évacuation; il voit de suite la figure de l'opérateur. La pupille s'est un peu resserrée. La douleur ne reparut ni le soir du 10, ni le 11, c'est à dire qu'il n'y eût plus la recrudescence habituelle.

12. — Paracentèse (quatre évacuations) ; humeur aqueuse un peu plus abondante et moins jaune que dans les premières évacuations; la pupille se resserre.

15. — Les douleurs n'ont pas reparu; l'injection qui diminua pendant les évacuations elles mêmes, diminue encore très sensiblement et est presque nulle; la chambre antérieure est claire.

16. — La pupille est devenue étroite; l'examen ophthalmoscopique toléré, fait voir que les milieux sont devenus transparents. La rétine et la papille sont moins injectées. Le calibre des vaisseaux a diminué, et la papille est bien visible, quoique se présentant encore injectée par des petits vaisseaux capillaires nombreux.

15 *et* 17. — Paracentèse (quatre évacuations).

18. — Le malade lit le N° 1 de l'échelle jusqu'à la distance de 25 centimètres; la vue est cependant, nous dit-il, un peu plus voilée que dans l'autre œil.

20. — Jour de sa sortie; on voit un très léger pointillement superficiel à la partie externe de la cornée.

On ordonne des pilules d'aloès et d'iodure de potassium, collyre de laudanum. L'injection papillaire et rétinienne de l'œil est devenue normale. Les vaisseaux sont cependant toujours très prononcés dans les deux yeux.

Il entre de nouveau le 28 avril avec une ulcère cornéale externe dans l'œil droit; photophobie; névralgie sus-orbitaire; l'œil gauche n'a plus souffert.

Dans l'œil droit il y a injection péri-kératique, la pupille est large et immobile.

On fit des scarifications palpébrales et on donna du calomel à l'intérieur avec du jalap jusqu'au 3 mai. Les douleurs augmen-

tèrent, l'ulcère restait stationnaire. Paracentèse (4 évacuations). Le moindre atouchement de l'œil était très douloureusement ressenti. La douleur parut céder; elle reparut plus intense le 7.

8 *mai.* — Nouvelle paracentèse (trois évacuations); la pupille se resserre et reste dès lors moins élargie. Les douleurs calmèrent jusqu'au lendemain; on donna pendant trois jours 10 centigrammes d'émétique par jour.

10. — Les douleurs semblent prendre un type intermittent; il prit, le 10, 11 et 12 mai, 1 gramme de sulfate de quinine chaque jour, avec diminution légère des exacerbations de chaque matin.

14. — Paracentèse (trois évacuations). La pupille, quoique plus resserrée, restait immobile; elle sembla seulement se resserrer un peu pendant l'opération. La paracentèse (une évacuation à chaque séance) fut continuée par la même ouverture le 15, 16, 17 et 18, deux fois par jour. Les douleurs ne reparurent plus depuis le 14. L'injection et la photophobie disparurent, ainsi que l'ulcère, jusqu'ici stationnaire et qui se changea en leucoma. En même temps la pupille est redevenue de grandeur normale et mobile. La vue est bonne comme dans l'autre œil.

On continua les pilules d'aloès et calomel.

Le 2 juin, il se plaint de léger obscurcissement de la vue aux deux yeux; évacuations jusqu'au 6; tout rentre dans l'ordre.

Le fond de l'œil est normal dans les deux yeux. L'opacité cornéale a diminué. Il sort le 15 juin.

Il revint le 3 juin 1861; il avait ressenti dans les deux yeux un léger obscurcissement de la vue; il avait les pupilles très dilatées, injection péri-corneale conjonctivale, yeux durs et très sensibles. On lui avait fait faire chez lui des instillations d'atropine et d'un collyre de sulfate de mercure. Les vaisseaux de la papille et de la rétine sont un peu turgéfiés. La chambre antérieure est un peu trouble; vue trouble; presbyopie; il ne peut lire.

On fit la paracentèse du 5 au 12, deux fois par jour. L'humeur aqueuse augmenta peu à peu chaque jour en même temps que la pupille se resserrait. Le premier jour l'humeur aqueuse était un peu trouble. La vue n'est pas encore complètement rétablie au moment de sa sortie, mais il doit partir parce que sa femme est malade; il lit cependant les caractères N°s 3 et 4.

Il sort le 13 juin. Le fond de l'œil est normal, toute injection a disparu ainsi que la sensibilité exagérée.

VI.

Glaucome avec cécité complète. — Evacuations. — Augmentation de l'humeur aqueuse. — Iridectomie avec amélioration de la vue et nouvelles évacuations avec résultat inespéré et presque complet. — Imprudences et phlegmon de l'œil.

Marie C., femme de charge, âgée de 63 ans, de Bielle (habitant Turin), se présenta le 24 mars 1861.

Leucoma complet de la cornée droite, dureté de marbre du globe oculaire. Cécité parfaite. Elle a perdu cet œil à la suite d'un glaucome aigu, il y a un an et demi.

Glaucome chronique avec cécité presque complète de l'œil gauche, dont la vue diminue depuis cinq ou six ans.

Dureté de pierre du globe oculaire; cornée insensible, aplatie; l'iris a presque disparu; pupille très verte et obscure; papille extrémement enfoncée; battement des vaisseaux; vaisseaux de la rétine amincis; milieux peu transparents; elle distingue avec peine le jour de la nuit; névralgies depuis 15 jours. La cécité aussi complète ne date que d'un mois : auparavant elle voyait encore assez par moment pour diriger ses pas et distinguer de très loin la face des personnes qui l'entouraient. Paracentèse (deux évacuations par jour) jusqu'au 1er avril.

La quantité de l'humeur aqueuse augmente un peu; la malade dit voir mieux par instants et compte les doigts. L'œil ayant été examiné, on distingue bien le fond de l'œil dont on voit encore battre les vaisseaux de la papille. Les névralgies avaient cessé. Elle entre le 1er avril. — Iridésis en haut.

7 *avril.* — Elle compte les doigts. La vue n'a plus subi les alternatives de mieux et de diminution. On voit une petite ecchymose sur la rétine en dehors de la papille.

On fait une évacuation par jour du 9 au 12 avril, la vue ne faisant plus aucun progrès. Elle voit assez pour aller seule chez elle le 13, jour de sa sortie.

20. — La vue n'a plus amélioré. On la fait venir chaque jour à la consultation, et pendant les 6 ou 8 heures qu'elle reste

à l'hôpital, on fait deux évacuations de l'humeur aqueuse qui devient chaque jour plus abondante; elle vient ainsi jusqu'au 28. Elle pouvait dejà faire un peu de travail chez elle, et nous dit, le 27, qu'elle avait pu entrevoir le trou d'une aiguille et que, dans peu de jours, si l'amélioration continuait, elle pourrait l'enfiler. Elle ne reparut pas. Mais le 2 mai, j'allais chez elle; il y avait versement de lymphe dans la chambre antérieure; chémosis très fort péri-cornéal; secrétion muco-purulente des paupières. Une incision de la cornée faite en bas laissa sortir du pus mêlé à la lymphe. L'œil suppura et s'affaissa.

28. — Elle était allée seule chez elle au soleil, sans attendre, comme les autres jours, que ses parents fussent venu la prendre; elle s'était promenée, et était restée dehors tout le jour et le lendemain matin. Le soir du 29, les douleurs s'étaient déclarées.

VII.

Glaucome complèt et très ancien avec névralgies dans un œil. — Iridectomie sans résultat. — Évacuations de l'humeur aqueuse. — Cessation des douleurs. — Glaucome très avancé dans l'autre œil. — Évacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration très notable, sans récidive. — Évacuations répétées trois mois après. — Amélioration plus sensible encore. — Opération de ptérigion paraissant influer sur l'amélioration.

Anne B., paysanne, âgée de 70 ans, de Scalenghe, entrée le 2 février 1860.

Glaucome complet avec névralgies ciliaires dans l'œil gauche; glaucome commençant dans l'œil droit.

Ptérigion interne dans les deux yeux s'avançant au-delà du centre de la cornée à droite. Les premiers symptômes fonctionnels du glaucome datent de 20 ans à gauche. A droite ils ont paru depuis un an. La malade ne peut que voir la main et seulement à l'externe de l'œil droit.

Iridectomie à la partie externe dans l'œil gauche. Les névral-

gies n'ont pas diminué huit jours après l'opération. Trois séances d'évacuations multiples dans les deux yeux. Cessation de la névralgie à gauche; amélioration notable de la vue à droite. La malade voit tous les objets, mais elle ne peut lire. Elle a été opérée du ptérigion à droite avec succès. La vue a paru s'améliorer aussi après cette dernière opération. Elle sort le 29 février.

Elle rentre du 14 au 15 mai. La vue s'est améliorée. Les névralgies n'ont pas reparu (une séance d'évacuation). La malade se représente le 10 juin. Elle peut lire quelques mots des derniers numéros de l'échelle, sans lunettes, à la distance de 12 centimètres.

VIII.

Glaucome chronique, avec enfoncement des papilles. — Iridectomie. — Paracentèse 12 jours après la cessation des progrès de l'amélioration. — Nouvelle augmentation prompte et très notable de la vue.

D. Lorenzo M., âgé de 81 ans, curé, entré le 14 mars 1861.

Glaucome chronique avec cécité complète depuis un mois dans l'œil droit.

Léger albugo sur la cornée. Petite tache centrale du cristallin, pupille très large, immobile. Cornée aplatie, insensible, papille d'aspect gris-verdâtre. Globe ordinaire dur comme la pierre. Les prodromes datent de deux ans. L'affection fut toujours chronique.

Glaucome avec cécité complète (il voit bien la lumière) dans l'œil gauche; œil très dur. Cornée aplatie, peu sensible, avec très léger albugo central. Pupille très dilatée et immobile, de couleur verte grisâtre, papille enfoncée, blanche, perlée, avec vaisseaux très petits presque atrophiés. Grosses veines choroïdiennes dilatées et très visibles à travers le pigment dans tout leur parcours. L'affection date d'un an; depuis un mois la vue a rapidement baissé.

14 *mars.* — Large iridectomie dans les deux yeux du côté interne.

Le malade sort le 21 mars, voyant passer la main de l'œil droit. L'œil gauche distingue la face de l'opérateur.

L'amélioration continua jusqu'au 10 ou 12 du mois d'avril. Il peut distinguer, depuis cette époque, quelques lettres de gros caractères du Missel. Il a continué à prendre des pilules d'aloes et iodure de potassium.

Depuis cette époque, la vue n'a plus fait aucun progrès. Il rentre le 22 avril, il compte bien les doigts de l'œil droit, il distingue quelques lettres du N° 16 de l'échelle. Les cornées sont plus convexes. Les pupilles paraissent plus claires, plus noires; champ visuel très limité du côté interne.

Paracentèse deux fois par jour jusqu'au 26.

25. — Le malade lisait son bréviaire. La presbytie diminue considérablement. L'albugo existant sur la cornée gauche et qui existait depuis le 22 avril, a disparu complètement. De l'œil droit il ne peut lire, mais il voit de petits objets. Le champ visuel est rétabli dans presque toute son extension. Les bulbes oculaires ont beaucoup moins de dureté depuis qu'on fait les évacuations. Il sort le 26.

15 *mai.* — Il écrit que l'amélioration ne s'est pas démentie et qu'il peut même lire plus facilement et plus rapidement qu'au moment de sa sortie.

IX.

Choroïdite. — Glaucome double. — Irido-encleisis dans l'œil droit. — Iridectomie sans intéresser la marge pupillaire dans l'autre œil. — Hémorrhagie.— Plusieurs évacuations après l'opération pour obtenir l'absorption du sang. — Bon résultat. — Recidive dans l'œil gauche.

Joséphine M., femme de charge, âgée de 27 ans, de Strambino, entrée le 12 mai 1861.

Sa vue diminue peu à peu depuis quelques années. Elle devint affectée de presbytie progressive en même temps qu'elle éprouvait des éblouissements passagers devenant toujours plus longs et plus fréquents.

En ce moment il y a à peine sensation de la lumière dans l'œil gauche. De l'œil droit elle compte les doigts, mais seulement lorsqu'ils sont placés directement en avant, en bas ou en dehors. Les vaisseaux choroïdiens d'un rouge foncé font fortement saillie à travers le pigment brun. Les papilles sont un peu enfoncées, de couleur gris-verdâtre, avec inflexion des vaisseaux. Pupilles un peu dilatées et immobiles; sclérotiques blanches, normales, avec quelques vaisseaux sinueux, profonds.

12 *mai.* — Irido-encleisis supérieure dans l'œil droit. Iridectomie du côté interne dans l'œil gauche. On fait l'évacuation de l'humeur aqueuse le 12 au soir et le 13 au matin dans l'œil gauche, où il s'est versé un peu de sang qui est absorbé le 13. La pupille nouvelle se trouve libre entre le bord ciliaire de l'iris et la pupille physiologique.

14. — Les mouvements pupillaires sont conservés dans l'œil gauche. La malade compte les doigts de l'œil gauche. La faculté visuelle a augmenté dans le droit et existe dans toutes les directions.

Jusqu'au 18, l'amélioration continue; alors elle dit que la vue s'affaiblit de nouveau dans l'œil gauche; l'œil droit améliore. Elle sort le 19.

X.

Glaucome complet depuis quatre ans. — Névralgies. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Cessation des névralgies. — Augmentation de l'humeur aqueuse. — Glaucome avec seule perception de la lumière. — Névralgies. — Dix évacuations. — Disparition des pulsations des vaisseaux de la papille. — Amélioration notable de la vue. — Iridésis. — Amélioration prompte et plus notable encore de la vue. — Disparition de l'enfoncement de la papille.

Marie A., âgée de 61 ans, de Revigliasco, entra le 6 mars et sortit le 6 avril 1862.

Glaucome lent avec cécité complète depuis quatre ans dans l'œil gauche; glaucome avec seule perception d'une lumière interne placée au côté externe dans l'œil droit. L'affection date dans cet

œil depuis deux ans ; depuis deux mois elle ne voit plus assez pour diriger ses pas. Névralgies aux deux yeux.

Enfoncement des papilles; atrophie des vaisseaux de la papille droite; battements des veines de la papille gauche.

Evacuations aux deux yeux (une par jour) du 6 au 16 mars. Le 17 elle distingue la main, en dehors et en face, de l'œil droit; la pulsation des vaisseaux de la papille n'existe plus. Le fond de l'œil gauche est vu plus distinctement; l'enfoncement de la papille existe toujours à droite; pas de changement quant à la vue. Cessation des névralgies et augmentation de l'humeur aqueuse aux deux yeux.

20 *mars.* — Même état; iridésis dans l'œil droit au côté externe. De suite après l'opération la malade dit qu'elle voit plus clair; pendant deux jours elle sentit sortir des larmes assez abondantes, la chambre antérieure ne se réforma que le 22.

22. — La malade se lève, elle voit les traits de l'opérateur. La vue augmente chaque jour; au moment de sa sortie, elle voit le stylet à paracentèse en face et en dehors. L'enfoncement de la papille avait disparu depuis les dernières évacuations, et celle-ci a repris, après la dernière opération, sa couleur presque normale, et on aperçoit assez bien ses trois zônes.

30. — L'amélioration ne fait plus de progrès depuis trois jours. Evacuations pendant cinq jours (une par jour). La vue augmente rapidement et l'humeur aqueuse devient plus abondante. En effet, elle pouvait à peine diriger ses pas, et elle lit de l'œil droit quelques mots des gros caractères de l'échelle.

XI.

Glaucome. — Iridectomie. — Résultat très incomplet dans l'œil droit. — Amélioration prompte par les évacuations.

L. B....., de Leyni, 52 ans, affecté de glaucome lent presque complet dans l'œil droit, très grave aussi dans l'œil gauche, avec leucome des deux cornées, plus dense et plus vaste cependant à gauche, entra le 14 janvier 1860; l'œil gauche distinguait à peine le jour de la nuit.

15 *janvier.* — Iridectomie externe à l'œil droit, interne au gauche. De ce côté, succès complet; de l'autre, faculté de voir passer confusément un objet volumineux.

30. — Paracentèse de l'œil droit.

1er *février.* — Le malade commence à dire quel est l'objet qu'on lui présente, c'est-à-dire qu'il voit la main sans distinguer encore l'intervalle qui sépare chaque doigt.

5. — Autre paracentèse.

7. — Il reconnaît le vide qui résulte de l'écartement des doigts.

9. — Paracentèse; il distingue les personnes et dit voir leurs yeux.

13. — Paracentèse avec amélioration progressive.

16, 20, 28 *février et* 10 *mars.* — Encore la paracentèse qui donna un résultat des plus satisfaisants, car l'œil droit en vint jusqu'à distinguer des objets de dimension même assez petite. La vue est meilleure encore dans le gauche où la paracentèse fut faite trois fois après l'iridectomie.

XII.

Glaucome. — Iridectomie. — Guérison. — Récidive un an après. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Succès complet.

P. R....., de Ruffia, 48 ans, avait été opéré, il y a plus d'un an, d'iridectomie aux deux yeux affectés de glaucome, sans succès dans le gauche où le glaucome était complet et la vision tout à fait abolie. Dans le droit, on avait obtenu une amélioration telle que l'individu avait pu reprendre son travail des champs et le continuer jusque-là. Il y a deux mois, après s'être exposé à la lumière vive du soleil, sa vue diminua. Il y voyait cependant beaucoup mieux encore que lorsqu'on lui avait pratiqué l'iridectomie, il y a un an. La paracentèse, répétée six fois, donna un magnifique résultat. A chaque opération la vue gagna considérablement, de telle façon qu'à la sortie de l'hôpital le malade assurait y voir beaucoup mieux qu'après l'iridectomie. Il pouvait même distinguer des arbres formant une allée à deux cents mètres de là environ. La guérison persiste (Mars 1860).

XIII.

Glaucome chronique avec cécité complète. — Opacité commençante du cristallin.—Evacuations de l'humeur aqueuse. — Retour lent, progressif. très prononcé de la vue. — Diminution de l'opacité du cristallin. — Iridectomie sans interesser la marge ciliaire. — Amélioration — Nouvelles évacuations. — Nouvelle amélioration très considérable de la vue. — Disparition totale de l'opacité du cristallin.

V. Joseph, cordonnier, âgé de 55 ans, de Port Maurice (rivière de Gènes), d'une bonne constitution, sanguin-nerveux, entré le 17 juillet 1860.

Il eut dès l'âge de quatorze ans de fréquentes attaques de rhumatisme articulaire soigné chaque fois par de copieuses saignées. Depuis l'âge de quarante ans il n'eut plus aucune maladie. Il y a quatre ans, il s'aperçut que la vue de l'œil droit diminuait peu à peu en devenant presbyte; pendant deux ans il ne s'aperçut d'aucune autre symptôme; alors il eut de violents maux de tête du côté correspondant, et en peu de mois il devint complètement aveugle de cet œil. Pendant cet intervalle, chaque recrudescence des douleurs névralgiques correspondait à une diminution plus prononcée de la vue.

A la même époque, c'est à dire il y a deux ans, la vue commença à diminuer dans l'œil gauche, et de la même manière: éblouissements passagers de la vue et névralgies d'abord légères et rémittentes, et au bout de quelques mois limitation progressive du champ visuel en haut et au dedans. Depuis 6 mois, l'affection fit des progrès plus sensibles, et il dut renoncer depuis lors à son métier et à la chasse: jusque-là il pouvait encore distinguer assez bien le gibier à distance, et aussi diriger ses ouvriers. Les douleurs névralgiques devinrent de jour en jour plus fortes, plus fréquentes, et la vue depuis un mois est limitée à la perception de la lumière. Deux ou trois fois déjà depuis quinze jours l'obscurcissement de la vue a été complet pendant quelques heures.

Etat actuel. La fatigue du voyage a amené une cécité complète et activé les douleurs névralgiques dans toute la tête: œil droit très dur; cornée et conjonctive scléroticale insensibles; iris atrophié complètement; chambre antérieure nulle; cataracte glaucomateuse complète. — Dans l'œil gauche, insensibilité cornéo-scléroticale, vaisseaux sous-conjonctivaux variqueux; chambre antérieure presque effacée ainsi que l'iris; pupille d'un gris verdâtre; trouble très prononcé et uniforme de la chambre antérieure et du cristallin, dont les couches profondes, à l'éclairage latéral seulement, présentent quelques stries étoilées très marquées. — L'examen ophthalmoscopique ne peut être pratiqué les milieux très troublés permettent à peine de distinguer la région de la papille plus blanche du reste du fond de l'œil à reflet plus rouge.

Le traitement ne sera fait que pour l'œil gauche.

Traitement. — 17 *juillet.* — Un purgatif salin.

18. — Pas de changements, paracentèse; quatre évacuations dans la journée à plusieurs heures d'intervalle l'une de l'autre: la reproduction étant excessivement lente, il ne sort chaque fois que quelques gouttes d'humeur aqueuse très trouble.

19. — Il a de nouveau la perception de la lumière, la cornée est insensible, la chambre antérieure paraît moins grise. Un purgatif salin.

20.— Evacuations par la même ouverture, comme on les pratiqua dans toute la première période du traitement (trois dans l'intervalle seulement d'une heure); humeur aqueuse un peu plus abondante, trouble seulement à la première évacuation ; après la dernière il voit passer l'ombre de la main sans compter les doigts.

22. — Les douleurs ont disparu; la cornée est un peu sensible; la conjonctive scléroticale l'est plus encore; la chambre antérieure est plus ample ; la perception de la lumière n'a plus faibli; on ordonne iodure de potassium un gramme par jour, avant le repas, et rhubarbe en poudre cinquante centigrammes, chaque matin.

23. — Aucun changement; trois évacuations dans moins d'une heure.

24. — Le malade compte les doigts en face seulement; une évacuation.

26. — La chambre antérieure à l'éclairage latéral est bien plus claire, elle est bien plus ample. L'iris s'est un peu contracté ; les opacités du cristallin sont dans le même état ; la papille est d'un blanc verdâtre, très enfoncée, avec amincissement de la plupart de ses vaisseaux, sauf de la veine centrale qui offre de fortes pulsations qui se propagent assez loin au-delà de la papille dans la veine inférieure ; pigment péri-papillaire fortement verdâtre ; le reste du fond de l'œil, d'un rouge brun et assez obscur, d'un reflet foncé ; on ne peut distinguer les vaisseaux de la choroïde. Les vaisseaux de la rétine sont très minces.

27. — Le malade à la suite de l'examen ophthalmoscopique assez prolongé a eu bien des douleurs névralgiques ; pendant quelques heures il ne compte plus les doigts : trois évacuations (dans l'espace d'une demi heure, humeur aqueuse claire) ; le soir la vue a acquis ce qu'elle avait perdu.

28, 29, 30. — Une évacuation chaque jour.

30. — La dureté du bulbe diminue sensiblement après l'évacuation de l'humeur aqueuse qui est assez abondante : il distingue et compte assez rapidement les doigts de la main placée au devant de l'œil en dedans et en haut, en bas et au dehors il ne peut que voir l'ombre de la main.

31 *juillet*, 1er, 2 *et* 3 *août*. — Quatre évacuations (une par jour). La vue n'a pas sensiblement augmenté ; il n'a plus eu aucun éblouissement de la vue ; on suspend les évacuations.

7. — La vue n'a pas amélioré, mais il distingue un peu plus rapidement les doigts dans la même direction. La pupille plus rétrécie présente quelques mouvements très légers ; la cornée et la sclérotique très sensibles ; les vaisseaux variqueux sous-conjonctivaux ont presque disparu ; les stries des couches profondes du cristallin ont diminué ; la papille toujours très enfoncée, verdâtre, les battements des vaisseaux ont disparu ; les veines et les artères de la rétine se dessinent bien sur toute son étendue, elles sont encore un peu minces ; on voit, à l'équateur, se dessiner les vortex et l'on peut suivre la trace des grosses veines jusque vers la papille ; dans cette dernière région le pigment a toujours un reflet très verdâtre ; il distingue, à la distance de soixante centimètres, le nez de sa femme en face seulement. C'est à cette distance que la vue est plus

distincte ; il compte les doigts dans toutes les directions, l'axe oculaire étant toujours dirigé en avant.

9 *août.* — Iridectomie en dedans et un peu en bas ; l'iris n'est excisé que dans la moitié de sa largeur ; pansement ordinaire, pas de réaction ; on évacue l'humeur aqueuse le soir.

10. — Pas d'amélioration ; évacuation le matin et le soir.

11. — Il voit les yeux de sa femme toujours uniquement à la même distance, il se lève.

16. — La vue n'a pas amélioré ; évacuation, en introduisant le stylet par l'incision faite pour l'iridectomie.

19. — Le malade dit qu'en se promenant sous les allées, il a su à dix pas distinguer, l'un de l'autre, un gendarme et un prêtre qui se contrepassaient ; il compte les doigts à quarante centimètres de distance, il distingue la couleur jaune.

Il y a une petite tache de pigment sur la face antérieure du cristallin au point où a été pratiquée l'iridectomie; l'opacité du cristallin a peu diminué; les vaisseaux de la papille paraissent moins coudés à la périphérie; la papille n'a plus un aspect aussi verdâtre, et le pigment péri-papillaire a pris une couleur cendrée. En dehors de la papille, sur le trajet d'une artère, il y a deux petits points hémorrhagiques sur la rètine.

24. — Il n'y a pas eu de changement.

Deux évacuations répétées le 25 et le 26 (par une nouvelle ponction faite en dehors).

27. — Il distingue toutes les couleurs vives, sauf le vert qu'il ne voit pas du tout; il voit beaucoup mieux le rouge et le jaune. A vingt centimètres il compte les doigts et voit un porte-plume ; le fond de l'œil est dans le même état ; on voit, à côté des deux petites taches hémorrhagiques, deux autres petits points rouges plus petits sur le trajet de la même artère. Les vaisseaux ne paraissent plus coudés à la périphérie de la papille ; évacuations continuées (une par jour) jusqu'au dix septembre, avec amélioration progressive de la vue.

Il sort le 18 septembre; la vue a encore amélioré depuis qu'on a cessé les évacuations: il peut distinguer quelques lettres des derniers caractères de l'échelle de M. Jaeger, à la distance de seize à vingt-cinq centimètres. Les opacités du cristallin ont disparu. Les taches hémorrhagiques ont disparu sans laisser des traces. Le fond de l'œil est d'un rouge normal. Les grosses

veines de la choroïde sont facilement suivies, et le pigment parait uniformement raréfié; il voit bien assez dans toutes les directions pour marcher facilement; le 10 octobre il écrit que sa vue est dans le même état. On lui avait ordonné à son départ des pilules d'iodure de potassium, huit grammes, extrait aqueux d'aloès, trois grammes, pour soixante pilules (5 par jour).

XIV.

Glaucome aux deux yeux.—Evacuations de l'humeur aqueuse. puis iridectomie. — Pas de résultat. — Nouvelles évacuations répétées par séances. — Amélioration très notable.

Angèle Z., femme de charge, âgée de 54 ans, de Turin, entra le 17 juin 1860.

Elle est affectée de tremblement général léger. Elle a eu plusieurs maladies qui toutes ont été caracterisées spécialement par des tremblements, des pertes de connaissance; elle a été beaucoup saignée; elle a commencé à perdre la vue dans l'œil droit peu à peu depuis un an à la suite de nombreuses saignées. Depuis cinq mois la maladie commença dans l'œil gauche; on cru d'abord qu'il s'agissait d'une simple presbytie; un médecin lui ordonna des lunettes. La vue s'obscurcissait de temps en temps plus fortement.

Etat actuel. — Affaiblissement considérable, l'œil droit n'a plus la sensation de la lumière; l'œil gauche voit la main sans compter les doigts; elle ne voit aucun objet situé en dehors.

Les deux yeux présentent le caractère classique du glaucome chronique très avancé: cornées aplaties, insensibles, pupilles énormément dilatées, papilles enfoncées, battements des vaisseaux jusque bien au-delà de la papille, etc.; le cristallin à droite présente quelques opacités: dans la périphérie on voit encore distinctement le fond de l'œil.

17 *et* 19 *juin.* — Paracentèse dans les deux yeux; très peu d'humeur aqueuse, un peu trouble: pas d'amélioration dans la vue; il lui semble seulement que dans l'œil gauche le brouillard qui cache chaque objet, est un peu moins dense, mais bien peu.

25. — Iridectomie du côté interne dans les deux yeux.

Aucun changement le 29; la cornée gauche paraît un peu sensible. On fait de nouveau la paracentèse (4 évac.) dans les deux yeux, l'humeur aqueuse est un peu plus abondante et un peu trouble.

5 *juillet.* — Il y a eu dès le lendemain de l'opération une très légère amélioration; elle aperçoit si la main est ouverte ou fermée; l'œil droit n'a rien gagné.

On fait l'évacuation de l'humeur aqueuse une fois par jour le 3, 4, et 5; le 6, elle voit et compte bien les doigts.

15 *et* 16. — Nouvelles évacuations (2 par jour), une le matin et l'autre le soir; la quantité de l'humeur aqueuse est sensiblement plus grande le 16 au soir; le 17, elle se promène avec peine dans le jardin toute seule.

23 *et* 24. — Autre évacuation faite comme les dernières.

Elle distingue, le 24, jour de sa sortie, les traits de la figure a deux pas.

A l'examen ophthalmoscopique, on voit beaucoup mieux la choroïde avec ses gros vaisseaux qui avant étaient un peu cachés comme par un voile gris. La couleur verdâtre péri-papillaire a disparu, ainsi que l'aspect rougeâtre du fond de l'œil.

15, 16 *et* 17 *août.* — On lui fit la paracentèse avec amélioration prononcée; elle se dirige assez bien elle-même, elle distingue les personnes à quatre pas.

Pendant tout le traitement elle a pris l'iodure de potassium à la dose de 0,50 par jour; sa santé a un peu amélioré.

XV.

Glaucome dans l'œil gauche presque complet. — Retour de la vue par l'iridectomie, rendu plus rapide encore par les évacuations.

Pierre B., âgé de 60 ans, entra le 22 mai 1860.

Secrétaire de Commune, écrivant beaucoup, quelque fois jour et nuit, fort buveur, affecté de couperose au nez depuis dix ans, il perdit peu à peu la vue dans l'œil droit depuis deux ans; de cet

œil il est complétement aveugle depuis un an et demi. Depuis dix mois la vue diminue dans l'œil gauche. Dans les deux yeux la cécité progressa de la même manière.

Il voyait mieux de loin; les lunettes convexes ne lui servaient que pendant quelques instants, après lesquels la vue était tellement trouble qu'il ne pouvait plus écrire, et par moments même il n'y voyait plus du tout: un peu de repos dissipait un peu ce brouillard.

Dans l'œil droit il y a opacité glaucomateuse; des couches postérieures du cristallin; la pupille est très dilatée; chambre antérieure voilée comme par un léger brouillard; cornée très aplatie et presque en contact de l'iris, insensible; bulbe très dur; ptérygion externe formé par un faisceau profond de vaisseaux engorgés; cécité parfaite.

Œil gauche: cornée peu sensible, aplatie; l'iris dilatée, mais non extrêmement; le globe oculaire très dur; la sclérotique d'un blanc mat cadavérique. On voit avec un peu de difficulté le fond de l'œil comme à travers un petit brouillard: papille sale très enfoncée, vaisseaux coudés et interrompus sur son bord, pulsations des veines, gros vaisseaux choroïdiens d'un rouge brun voilé et très dilatés dans toute l'extension de la choroïde, couleur verdâtre autour de la papille.

Il voit la main placée à vingt ou trente centimètres, sans distinguer si elle est ouverte ou fermée. Cécité absolue du côté interne du champ visuel. Depuis un mois, dit-il, il est dans cet état.

24 *mai.* — Iridectomie du côté interne dans l'œil gauche; iridectomie du côté externe dans le droit.

27. — Il voit de l'œil gauche quelques traits de la figure, il compte avec peine les doigts; il voit l'ombre de la main placée en dedans.

2 *juin.* — Le fond de l'œil, sauf le léger brouillard qui est un peu moins prononcé qu'avant l'opération, se présente dans le même état. L'œil droit n'a rien gagné: paracentèse (4 évac.) dans l'œil gauche: assez peu d'humeur aqueuse. Pendant l'opération elle-même et après la reproduction de l'humeur aqueuse, la pupille a perdu en grande partie sa couleur grisâtre qu'elle avait; à la deuxième évacuation l'humeur aqueuse est limpide, à la première elle était un peu troublée.

4. — La vue a augmenté rapidement; il se dirige tout seul.

Le fond de l'œil, vu très distinctement sans le brouillard qui le voilait un peu, est d'un rouge foncé, sans ecchymoses, les veines de la rétine paraissent grosses. On ne voit plus la couleur verdâtre péri-papillaire. Les gros vaisseaux choroïdiens sont bien marqués, plus distincts, d'un rouge moins foncé; il n'y a aucun changement dans le droit.

13. — Depuis quatre jours la vue n'a plus augmenté.

14. — La pupille s'est rétrécie un peu, elle est peu mobile, il aperçoit à vingt cinq centimètres les lignes des plus gros caractères sans distinguer aucune lettre. Paracentèse (4 évac.) dans l'œil gauche seulement. L'humeur aqueuse se reproduit plus vite et est plus abondante, limpide.

18. — La vue a augmenté; il peut lire avec grande difficulté à trente centimètres et difficilement les plus gros caractères. Paracentèse (4 évac.) à l'œil gauche.

Il sort le 20, lisant les manuscrits derniers de l'échelle. La pupille mobile. La papille est bien moins sale, les gros vaisseaux choroïdiens sont bien moins dilatés. Il écrit bien avec des lunettes convexes N° 10. La vue se fatigue assez vite. Les douleurs de tête assez fortes ont disparu. L'œil droit n'a rien aquis, mais l'injection conjonctivale a disparu. On ordonne le repos de la vue, douches froides locales, pilules d'iodure de potassium et aloès. Aucun autre traitement, sauf quatre purgatifs, ne fut employé.

XVI.

Glaucome ancien presque complet dans l'œil droit. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration notable. — Iridectomie. — Peu d'amélioration. — Nouvelles évacuations. — Amélioration très notable. — Glaucome moins avancé à gauche. — Evacuations. — Guérison complète.

Vincent P., campagnard de Mirabelle, 57 ans, entré le 16 février 1860.

Depuis 5 ans diminution lente et progressive de la vue dans l'œil droit, avec rémittences propres du glaucome. Diminution de la vue depuis un an dans le gauche. Pupilles dilatées, verdâtres;

dureté du bulbe, très forte dans les deux yeux. Vue réduite, à droite, à la vue des doigts promenés devant la face; à gauche il lit quelques lettres de gros caractères.

16, 19, 25 *et* 1er *mars.* — Paracentèse et évacuations multiples à chaque séance. Amélioration rapide.

Le 6 mars, jour de sa sortie, il voit les traits de l'opérateur avec l'œil droit et il lit assez couramment de gros caractères de l'œil gauche.

Il rentre le 11 mars. L'amélioration n'a ni diminué ni progressé. Iridectomie à droite ; trois évacuations à gauche.

13. — Aucun changement à droite; à gauche, légère amélioration accusée par le malade ; 3 évacuations aux deux yeux.

17. — Le malade lit de l'œil droit deux lignes de très gros caractères d'impression ; de l'œil gauche le malade lit des caractères très fins.

22. — Même état; trois évacuations aux deux yeux.

24. — Jour de sa sortie, le malade lit de gros caractères de l'œil droit, l'œil gauche lit les caractères les plus fins.

La papille de l'œil droit, examinée à l'ophthalmoscope, est enfoncée, pas de battements des vaisseaux; petite hémorrhagie rétinienne en dehors de la papille. A gauche, état normal du fond de l'œil.

XVII.

Glaucome chronique complet. — Evacuations. — Amélioration légère. — Iridectomie. — Pas d'amélioration six jours après l'opération. — Nouvelles évacuations. — Amélioration très notable.

Pie A., 70 ans, de Borgo S. Dalmazzo, entré le 7 décembre 1861.

Atrophie complète de l'œil droit depuis l'enfance à la suite d'un coup de pierre. Dans l'œil gauche, glaucome chronique depuis quatre ans ; vue limitée à la perception de la lumière depuis un mois. Par instants la sensibilité de la rétine disparaît complètement ; dureté de marbre du bulbe ; pupille très large, verte ; opacité du cristallin à stries dans ses couches superfi-

cielles à la périphérie ; enfoncement de la papille, battement des vaisseaux de la papille.

Evacuations journalières du 7 au 20. Le malade compte les doigts.

21 *décembre.* — Iridectomie, excision de l'iris jusqu'à son insertion ciliaire.

27. — Pas d'amélioration ; le malade au contraire ne voit plus passer la main. Evacuations du 27 décembre au 4 janvier 1862. Le malade distingue passablement les figures des personnes placées près de lui, il marche seul dans la rue; la vue améliore jusqu'au moment de sa sortie, le 8 janvier ; plus de battements des vaisseaux, deux petites taches hémorrhagiques sur le trajet d'une artère transversale de la rétine.

XVIII.

Choroïdite glaucomateuse double très avancée. — 20 évacuations dans un œil, 12 dans l'autre. — Guérison complète dans un œil, presque complète dans l'autre. — Disparition d'une limitation de l'accommodation très prononcée.

Catherine F., âgée de 40 ans, de Novare, paysanne, entrée le 23 février, sort le 28 mars 1862.

Il y a 4 ans, elle s'était présentée à la consultation gratuite de l'hôpital pour une congestion de la choroïde aux deux yeux, avec légères douleurs oculaires, et diminution assez notable de la vue, plus prononcée dans l'œil gauche. L'affection s'était déclarée quelques jours après un accouchement. Quelques révulsifs intestinaux prescrits alors avaient produit une guérison complète. Au mois d'août 1861, cinquième mois d'une grossesse accompagnée du reste d'aucun autre accident, la vue baissa peu à peu dans les deux yeux, surtout dans le droit, avec des alternatives d'obscurcissements plus ou moins forts, qui devinrent un peu plus prononcés après l'accouchement qui la laissa dans un état de chlorose encore assez prononcé aujourd'hui. L'affection marcha encore plus rapidement depuis lors.

A son entrée elle ne distingue, de l'œil droit, que les gros objets, cachés par un brouillard épais. La perception un peu plus nette des doigts de la main n'a lieu que si celle-ci est placée à une distance variable de 2 décimètres à un peu plus de 2 décimètres 1/2. En-deçà et au-delà de cette limite la confusion est extrême. La même limitation de l'accommodation s'observe dans l'œil gauche, qui peut lire encore les caractères moyens. Elle lit mieux si l'objet est placé un peu en dehors de l'axe de l'orbite. Du reste, pas de limitation absolue du champ visuel.

Chambres antérieures diminuées d'extension. Pupilles très peu mobiles, très légèrement grisâtres, de dimensions normales. Le fond de l'œil de couleur rouge noirâtre et foncé, surtout vers le pôle postérieur. Pupilles un peu blanches, surtout à droite. Battement de la veine centrale jusqu'au milieu de son parcours sur la papille gauche bien évidemment enfoncée. Névralgies aux tempes, surtout à gauche. Autour des papilles le pigment a pris une couleur foncée, cendrée, un peu verdâtre dans quelques inflexions de la lumière.

23 *février.* — Évacuations une par jour jusqu'au 25; un purgatif salin.

25. — Les douleurs ont disparu. Le brouillard qui cachait la vue a diminué.

Depuis lors une évacuation chaque jour ou chaque deux jours jusqu'au 9 mars; deux purgatifs salins. Depuis le 27 la vue n'a plus présenté d'alternatives de mieux et de diminution légère de la vue. L'amélioration est progressive.

9 *mars.* — Chambres antérieures de dimensions normales, pupilles mobiles et d'un beau noir. Du côté droit elle lit les caractères moyens à toute distance normale, surtout si le livre est tenu un peu en dehors. A gauche elle lit dans toutes les directions les N°s 4 et 5. Le fond de l'œil est moins obscur; les papilles sont un peu plus rosées sans inflexions des vaisseaux qui sont plus visibles, comme plus dilatés, sans battements; la couleur du pigment péripapillaire est plus claire, plus cendrée et n'est plus ardoisée.

On voit, à mesure qu'on s'éloigne du pôle postérieur, les gros vaisseaux mieux limités, d'un rouge moins foncé, la couleur pigmentaire est comme granulée; le pigment est un peu plus raréfié qu'à l'état normal.

12 *au* 27. — Huit évacuations dans l'œil droit seulement; deux

purgatifs. Elle lit de cet œil, le 28 mars, le N° 4, jusqu'à la distance de 16 centimètres. Elle lit le N° 2 de l'œil gauche, toujours un peu mieux si le livre est tenu un peu en dehors et en bas. Les papilles et les rétines sont comme à l'état normal. Dans les choroïdes pas de différence depuis le dernier examen; aspect toujours foncé du pigment péri-papillaire. L'état général de la malade a peu amélioré.

ARTICLE SECOND

Choroïdite postérieure. — Scléro-choroïdite postérieure. — Staphylôme postérieur. — Amauroses glaucomateuses.

Nous devons, avant de poursuivre ces études, noter que l'ordre dans lequel nos Observations sont publiées, a été adopté pour pouvoir, autant que possible, examiner dans leur ensemble les effets des évacuations de l'humeur aqueuse. Nous avons réuni aux glaucomes les faits d'amauroses qui s'en rapprochent le plus quant au mode de guérison surtout. Nous choisissons ici un autre point de comparaison dans la choroïdite qui accompagne la formation du staphylôme postérieur et nous y rapportons les affections qui semblent s'en écarter le moins dans leur évolution, dans les altérations de la circulation et dans leurs produits pathologiques, et dans lesquelles les symptômes physiologiques sont plus ordinairement semblables et faciles à suivre. Nous allons prendre ainsi un type où l'on peut à la fois observer la marche aiguë et chronique de l'affection dans un même sujet, et où l'affection n'est point limitée, mais présente presque toujours à la fois réunis les degrés les plus divers, les complications les plus variées. Nous retrouverons ici réunies des Observations dont la classification peut être juste quant à l'action des évacuations, mais qui, dans une exposition complète des amauroses oculaires, devrait probablement être moins tranchée. Nous nous réservons en outre de revenir un peu plus loin sur d'autres altérations, qui ne sont bien souvent que des complications

des affections que nous étudions ici, mais qui, dans ces études sur les évacuations de l'humeur aqueuse, peuvent en être séparées à cause des indications particulières qu'elles semblent présenter lorsqu'on fait les évacuations, et à cause des modifications qu'elles peuvent imprimer à la marche rétrograde de la maladie.

On admet assez généralement aujourd'hui que le staphylôme postérieur est presque toujours la suite d'une inflammation de la choroïde et de la sclérotique. En tout cas, nous choisissons, pour premier sujet d'études, les cas les plus fréquents où ces affections ont leur point de départ dans la partie de la choroïde la plus voisine de la papille. M. Jaeger a fait connaître le rapport qui existe entre ces lésions de la couche pigmentaire et les altérations du cercle artériel des artères ciliaires courtes. Après que l'état hypérémique plus ou moins général de la choroïde s'est déclaré, il se forme bientôt un petit dépôt d'une couche mince d'exsudation sur la face interne de la choroïde, de grandeur variable, embrassant ordinairement la papille et rappelant déjà la forme de *croissant*, ordinaire aux taches blanches du staphylôme postérieur. En général cependant (et surtout si cette choroïdite, qui n'est point encore le staphylôme, est observée chez des sujets dont l'âge prédisposerait plutôt au glaucome qu'à l'ectasie scléroticale), cet exsudat d'abord d'un jaune sale, puis plus épais, et enfin remplacé par l'atrophie du pigment et de la choroïde qu'il imbibait, entoure presque toute la papille, présentant une extension ordinairement plus grande dans les points qui sont le siége ordinaire des taches blanches, et offrant une couleur d'autant plus ardoisée, miroitante, que l'affection se rapproche davantage du glaucome. C'est ce qu'on peut voir d'une façon bien évidente dans quelques unes des Observations qui suivent.

On peut toujours constater que la choroïde, surtout dans les parties plus voisines de l'exsudat, n'est pas à

l'état physiologique, et que la congestion s'étend plus ou moins loin en diminuant vers l'équateur. On voit manifestement une différence dans l'éclat lumineux des gros vaisseaux choroïdiens dont la couleur rouge plus ou moins foncée tranche très fortement sur le fond plus obscur du pigment. Si la congestion est plus grave, les *vasa vorticosa* ne sont plus aussi réguliers; ils deviennent plus tortueux et leurs contours paraissent bien moins réguliers et moins faciles à suivre dans leur parcours, surtout dans les points où l'inflammation est plus aiguë. Ce qui contribue encore à voiler cette couche profonde, c'est la congestion des vaisseaux capillaires qui étendent au-devant d'elle une couche à demi transparente, d'un rouge uniforme et plus clair. Le pigment imbibé, déplacé par cette augmentation de l'épaisseur de la choroïde, permet, dans quelques points qui correspondent aux parties les plus congestionnées, de bien juger de cette disposition (d'autant plus que la couche superficielle du pigment est la première à s'atrophier), si toutefois la rétine, toujours plus ou moins injectée alors, a conservé toute sa transparence. Dans le cas contraire, ce voile au-devant des gros vaisseaux n'est plus aussi rouge, c'est un vrai brouillard très léger, masquant très peu les parties plus profondes; la papille alors est aussi très injectée d'une foule de vaisseaux, dont quelques uns vont passer au-devant de l'exsudat, et son tissu peut aussi s'infiltrer et perdre de son éclat (1).

Examinons l'ordre de disparition de ces symptômes aussi bien dans la simple irritation de la choroïde plus ou moins étendue que dans les cas plus complexes, où l'affection plus avancée, plus étendue, a déjà produit ces altérations dans divers points de la choroïde.

(1) Nous le répétons, nous n'énonçons ici ces symptômes qu'autant qu'ils ont un rapport plus direct avec l'action de l'évacuation de l'humeur aqueuse, renvoyant à la lecture des Observations pour le diagnostic et leur exposition régulière et plus exacte.

Lorsqu'on est assez heureux pour surprendre ces affections dans leurs premières périodes, on peut se promettre de les enrayer et de les empêcher d'arriver aux diverses suites que l'on connaît.

Les désordres dans la circulation choroïdienne disparaissent à peu près dans l'ordre où ils se sont manifestés. On voit d'abord se modifier les points de la choroïde où la congestion choroïdienne est la seule appréciable. Le fond de l'œil prend un aspect rouge moins foncé, et en même temps la superficie de la choroïde paraît devenir plus régulière, plus libre; la couche superficielle du pigment reprend un aspect granulé qui, dans les degrés plus légers, n'offre alors d'autre anomalie qu'une espèce de diradation donnant l'idée d'une diminution du nombre des cellules pigmentaires. En même temps, on peut suivre plus facilement le cours des gros vaisseaux de la choroïde dont les bords deviennent plus nettement tranchés et la couleur d'un rouge toujours moins foncé. En général, c'est surtout vers l'équateur que l'on commence à pouvoir suivre les vortex; mais pour peu que leur dilatation ait été appréciable aussi dans d'autres points de la choroïde pendant la période d'acuité de l'affection, on les y observe également dès lors et on peut les suivre même très distinctement, dans les cas plus graves, jusque vers la papille, et plus distinctement par places.

Cette disposition granulée de la couche superficielle du pigment se manifeste ordinairement à peu près dans toute l'étendue de la choroïde en même temps. Mais là où elle a été plus fortement déplacée et dans les points où l'exsudation choroïdienne a été plus abondante, les cellules pigmentaires semblent encore agglomérées, et ce n'est que plus tard, lorsque l'exsudat se modifie dans sa couleur, son extension, etc., que ces granulations deviennent aussi fines; dans la suite, au contraire, elles se montrent plus fines que sur les autres points.

Lorsque les symptômes de la congestion choroïdienne ont ainsi à peu près disparu, on commence à voir survenir des changements dans les exsudats; les taches deviennent d'abord plus claires, surtout à leur périphérie; leur superficie paraît plus lisse; elles perdent leur couleur jaunâtre ou verdâtre pour devenir cendrées, puis plus blanchâtres encore. L'aspect ardoisé, miroitant sous certaines inflexions et certaines intensités de la lumière, persiste ordinairement assez longtemps encore, même après le traitement, pour disparaître ensuite et laisser à sa place une simple tache un peu plus claire, de couleur mate, cendrée, dans laquelle on n'observe pas de vaisseaux de la choroïde, et parfaitement au niveau du reste de la choroïde. Cette tache peut, à la longue, parfaitement disparaître sans qu'on puisse observer à cette place une pigmentation moindre que sur les autres points.

Lorsqu'on a l'occasion d'observer des récidives, et alors les malades ne tardent généralement pas à se présenter, se rappelant l'amélioration prompte obtenue, on voit la choroïde reprendre immédiatement le même aspect. Dans les cas où la couche pigmentaire a déjà subi une certaine raréfaction, on peut quelquefois bien distinguer les capillaires de la choroïde au-devant des vortex, et ces capillaires injectés sont les premiers à échapper à l'examen à mesure que l'amélioration se prononce. Pendant quelque temps cependant la choroïde conserve encore cet aspect irrégulier, boursouflé, et on dirait qu'à la production de ce phénomène doivent concourir des exsudats plus ou moins prononcés, selon le degré de l'inflammation. Nous disions que, prise à ce degré, l'affection peut être enrayée; nous pouvons en effet voir dans les Observations la justesse de cette assertion. On obtient, en effet, pour chaque récidive, une amélioration égale à celle déjà acquise la première fois. Dans une seule Observation nous trouvons une atrophie pigmentaire un peu plus avancée, résultat probable du

temps que la malade perdit avant d'être soumise à ce traitement. D'autre part, quelques uns des faits qui suivent nous prouvent d'une façon bien manifeste que le traitement antiphlogistique le plus énergique n'a d'autre résultat souvent que de laisser empirer l'affection et n'a jamais celui de l'arrêter aussi promptement.

Je ne parle pas ici des congestions de la rétine, qui ne sont que le résultat de la choroïdite elle-même et qui disparaissent dans le même ordre.

Lorsque la choroïdite est plus localisée, l'ordre de disparition des symptômes ne change pas. Que la congestion de la choroïde prenne le premier type étudié dans le glaucome ou celui que nous venons d'examiner, il n'y a rien de changé, sauf peut-être pour le résultat qui n'est pas communément aussi complet, à cause du degré plus avancé auquel est ordinairement parvenue l'affection lorsque le malade cherche le secours de l'art.

Nous n'ajoutons rien quant aux diverses formes que peut affecter la choroïdite, quant à la couleur que peut présenter la choroïde selon les variétés de pigmentation, selon la nuance de l'injection plus prononcée dans un ordre ou dans un autre des vaisseaux. Dans les autres variétés que l'on pourra rencontrer et qu'on peut imaginer d'avance, les évacuations ont une action aussi efficace. Nous avons choisi le type qui se rapproche le plus des altérations anatomiques les plus graves de la choroïde.

Si par sa forme, ou même encore par les causes générales anciennes et rebelles qui la soutiennent, la choroïdite généralisée tend à produire l'atrophie de ses éléments, l'efficacité des évacuations répétées avec constance tant que persiste l'affection devient peut-être plus évidente encore; on arrête ainsi cette atrophie du pigment et de la choroïde.

Il est un fait qui est important également: c'est la régularisation du pigment après la cessation de la cho-

roïdite, que nous avons eu l'occasion d'observer quelquefois; fait qui a déjà été noté dans la thèse de M. Cornuty : des amas du pigment se diradent, semblent s'étendre aux parties voisines où il faisait défaut. Au reste, on sera frappé, dans toutes les Observations qui suivent, d'une circonstance qui met bien en relief cette action: jamais le pigment ne s'amasse aux limites des exsudats, ni sur les points de la choroïde les plus fortement enflammés. On n'obtient pas, il est vrai, une disparition constante, ni surtout complète, de ces amas de pigment déjà produits, mais on ne les voit jamais augmenter ni se former.

Nous n'avons pas ici à insister beaucoup sur la disparition des autres symptômes anatomiques et des signes physiologiques; cette disparition est en parfait rapport avec ce que nous venons de voir. Comme dans le glaucome, la quantité de l'humeur aqueuse augmente, l'iris reprend ses mouvements plus libres ; si l'affection est assez avancée pour produire des obscurcissements momentanés de la vue, nous les voyons disparaître bientôt. Nous trouvons souvent ici cette promptitude dans les améliorations, au commencement du traitement, que nous avons notée dans le glaucome : nous voyons disparaître peu à peu les effets de la compression interne sur l'appareil de l'accommodation et sur la rétine, à peu près dans l'ordre où ces symptômes se sont déclarés dans l'évolution de l'affection. Lorsque celle-ci, chronique d'abord, est aiguë au moment où on entreprend le traitement, on voit disparaître plus vite les symptômes qui sont dûs à la recrudescence que les autres symptômes plus anciens. La présence d'opacités légères dans les milieux transparents peuvent occasionner la persistance du trouble de la vue. En un mot, tous les symptômes physiologiques si variables de la choroïdite selon son espèce, sa gravité, son étendue, disparaissent dans un rapport constant avec la diminution des symptômes ana-

tomiques. Ici, comme dans le glaucome, on ne doit pas se limiter à un premier traitement; le malade, après un certain temps de repos, doit être de nouveau soumis à quelques évacuations, quoique l'amélioration obtenue persiste. On obtient souvent encore beaucoup. Le malade a repris des forces, sa constitution s'est améliorée, il est visible qu'il ressent mieux l'action de ces évacuations auxquelles l'œil est comme habitué. L'amélioration, du reste, continue souvent à progresser, même longtemps après la cessation du traitement local.

Les douleurs, surtout si elles sont névralgiques, ne cèdent pas toujours dès les premiers jours. On les voit quelquefois apparaître, quoique bien plus légères, dans le cours du traitement, surtout si les évacuations ont été suspendues pendant quelques jours. Souvent même on trouve dans les évacuations une ressource unique pour faire disparaître ces névralgies rebelles, contre lesquelles les sédatifs, les antipériodiques les plus énergiquements employés sont impuissants, et qui peuvent exercer une fâcheuse influence sur l'état général de l'organisme incapable de se reconstituer tant que durent les souffrances. Quant aux douleurs gravatives, elles disparaissent ordinairement très vite.

Nous ne devons pas oublier que ces affections de la choroïde sont bien rarement l'effet d'une simple affection locale. On ne devra jamais oublier de veiller à l'état général du malade, car même lorsque l'affection semble l'effet d'un exercice immodéré de la vue dans des circonstances prédisposant aux congestions oculaires, on peut toujours trouver dans l'économie la véritable source au moins de la persistance de la maladie: dysménorrhée, chlorose, masturbation, défaut d'exercice, troubles dans quelques grandes fonctions de l'économie, etc., etc. Ce n'est qu'à la condition d'éloigner ces causes qu'on pourra obtenir une guérison stable. On ne doit pas oublier que les évacuations de l'humeur aqueuse

n'offrent ici qu'une ressource locale de laquelle on ne peut attendre qu'un arrêt de l'affection oculaire, en laissant le temps aux moyens généraux d'agir et en évitant tous les autres moyens de nature à débiliter l'organisme.

Les malades affectés de staphylômes postérieurs ne réclament ordinairement les secours de l'art que lorsque l'affection, à l'état de progrès, est bien manifestement accompagnée de signes plus ou moins graves de choroïdite. Celle-ci peut toujours être observée dans toute l'étendue du segment postérieur de l'œil. Sous les évacuations, cette congestion choroïdienne, qui est la première à disparaître, ne présente pas, dans sa marche rétrograde, de différence bien marquée avec ce que nous venons de dire. Dans les points où les atrophies pigmentaires et choroïdiennes sont avancées, il est très intéressant au contraire de suivre ces phénomènes.

Outre la tache blanche péri-papillaire on trouve dans les cas plus avancés d'autres points de la choroïde, d'une étendue plus ou moins grande, où la couleur de l'ensemble des rayons réfléchis produit une couleur bien plus rose, moins foncée que dans le reste du champ ophthalmoscopique. On peut, avec un grossissement un peu fort, découvrir facilement dans ces régions les vaisseaux plus fins, les capillaires de la choroïde. Il y a ici une atrophie déjà très avancée des éléments de la choroïde et surtout des couches pigmentaires.

A mesure que, sous les évacuations, la congestion choroïdienne diminue, on voit disparaître ces petits vaisseaux et on peut alors seulement suivre les plus gros vaisseaux que l'on n'apercevait qu'avec peine. La couleur rouge du fond de l'œil, qui domine partout, se modifie peu à peu et finit par être remplacée par un aspect d'un blanc éclatant, luisant, presque perlé, qui indique que la sclérotique est devenue la seule des membranes profondes réfléchissant assez de lumière pour donner une

sensation distincte à l'observateur; quelquefois aussi on ne peut plus, après la disparition complète de la congestion oculaire, apercevoir dans ces régions d'autres traces de circulation que quelques vaisseaux de la rétine passant au-devant de cette tache blanche : la choroïde paraît complètement atrophiée. Dans les zônes plus périphériques de cette tache péri-papillaire on peut, au contraire, encore suivre les plus gros vaisseaux de la choroïde qui ont disparu complètement vers la papille, là où l'affection est plus avancée, plus ancienne.

Quant aux amas de pigment aggloméré par places, surtout aux limites des portions déjà atrophiées, ils subissent aussi de légères modifications, mais plus tard, souvent après la cessation du traitement; ces amas se raréfient, leur couleur devient plus claire et on voit des granulations de pigment se séparer, pour ainsi dire, de la périphérie de l'agglomération pour s'étendre plus ou moins au loin sur les taches blanches. Il ne faut pas, toutefois, s'attendre à observer ce phénomène d'une façon bien prononcée pendant le séjour même du malade dans l'hôpital; c'est lorsqu'on a l'occasion de l'examiner plus tard qu'on voit évidemment cette régularisation du pigment et cette tendance de retour à sa position primitive. Les taches tout à fait noires, cependant, ne disparaissent jamais complètement; au moins on n'a jamais pu l'observer, quoique cependant, lorsque l'affection est tout à fait stationnaire, on ait pu noter à chaque visite faite au malade un léger progrès dans le sens indiqué.

Quant aux légers exsudats qui limitent à chaque recrudescence ces taches blanches, on les voit disparaître de la même manière que dans la choroïdite. La dilatation des vaisseaux, le pigment un peu déplacé partout où la congestion est plus sentie, offrent, comme nous l'avons déjà dit, à mesure que l'affection améliore, toutes les nuances intermédiaires qui doivent naturel-

lement dépendre du degré auquel est parvenue l'affection. Et cette circonstance que, — dans les cas non arrivés à leur dernière période, mais voisins déjà des altérations les plus graves (hémorrhagies graves, opacités du corps vitré, décollement de la rétine, etc.), — la congestion suit une marche assez régulière de la papille à l'équateur, permet ordinairement de suivre chez un même sujet tous ces phénomènes à la fois.

L'enfoncement de la papille, les pulsations des vaisseaux de la papille quand ils existent, tardent moins à disparaître que dans le glaucome; toutefois ils peuvent, pendant longtemps encore, reparaître momentanément à la suite de la plus légère compression, d'un examen ophthalmoscopique prolongé, etc., ou de toute autre cause capable d'augmenter l'état congestif de la choroïde. Quant à l'inflexion des vaisseaux sur les rebords des points plus staphylômateux, elle disparaît aussi, mais plus lentement, et l'ectasie elle-même ne disparaît pas complètement lorsqu'elle a été grave et étendue. L'examen de la portée de la vue permet cependant d'en constater la diminution.

Quelques uns de ces phénomènes, surtout ceux qui ont rapport aux taches blanches et à la circulation, pourraient faire croire que les évacuations répétées de l'humeur aqueuse favorisent l'atrophie de la choroïde. Le contraire est prouvé évidemment par les récidives elles-mêmes de ces affections dont on trouvera quelques exemples dans les Observations suivantes.

Une recrudescence peut, en peu de jours, redonner à l'œil un aspect en tout semblable à celui qu'il présentait au moment du premier traitement: les petits vaisseaux de la choroïde reparaissent sur les taches blanches; les exsudats, les déplacements du pigment s'observent également pour disparaître de nouveau complètement comme la première fois et être remplacés par une dénudation de la sclérotique et une atrophie de la choroïde bien

moins réelle qu'apparente, comme le prouve d'ailleurs l'examen de la sensibilité de la rétine, car il serait difficile d'admettre une véritable atrophie de la choroïde derrière un point de la rétine jouissant encore de toute sa sensibilité.

Lorsque dans le staphylôme postérieur les symptômes de la scléro-choroïdite sont plus aigus, que la congestion est plus étendue, plus prononcée, la chambre antérieure diminue aussi presque toujours un peu de dimension et en raison directe du degré de la congestion, sans cependant s'effacer d'une façon aussi prononcée que dans les choroïdites ou les glaucomes. A mesure que les évacuations de l'humeur aqueuse régularisent la circulation interne, on voit la chambre antérieure reprendre les dimensions propres à la myopie, et la disparition des symptômes physiologiques plus particulièrement dus à la congestion oculaire accompagne d'une façon constante cette augmentation de l'humeur aqueuse; il en est de même des mouvements de l'iris. Nous n'avons plus besoin, du reste, d'attirer l'attention sur un fait important et sur lequel nous avons déjà insisté dans les généralités, c'est à dire, l'aspect plus normal, plus naturellement clair que prend le bulbe dans ses parties antérieures et externes. L'œil, comme dans la plupart des amauroses, reprend sa vivacité naturelle en conservant ici toutefois le genre d'éclat propre à la myopie.

Nous avons dit quelques mots sur la disparition d'un phénomène, que l'on observe assez souvent dans diverses affections oculaires internes, c'est à dire la diminution de l'exorbitisme. Nous retrouverons plus bas quelques Observations dans lesquelles cette diminution fut très marquée et très prompte. La diminution notable de la myopie et la liberté des mouvements du bulbe sensiblement augmentée, indiqueraient une diminution de l'ectasie postérieure; mais c'est plus probablement encore à la diminution de la congestion des veines retro-oculaires

(que nous verrons plus loin être évidemment la seule cause de l'exorbitisme dans quelques affections internes de l'œil) que doit être attribuée la disparition de ce symptôme, surtout si l'on songe qu'il est presque le premier à disparaître.

Lorsque la choroïdite est très prononcée, le malade ne tarde pas à ressentir un prompt soulagement des évacuations : il sent disparaître peu à peu le poids à la tête, les douleurs continues, légères, ainsi que la photophobie; il peut supporter plus facilement la lumière; le brouillard qui s'étend au-devant de ses yeux diminue aussi considérablement; les douleurs névralgiques qui accompagnent les cas les plus aigus sont un peu plus longues à disparaître. Nous trouverons mieux encore, dans les Observations, que cette première période d'amélioration correspond complètement à la diminution de la congestion oculaire. Nous trouvons, chez deux malades, la disparition d'une dyplopie monoculaire assez rapide pour qu'on puisse l'attribuer à la même cause.

Quant à l'accommodation de la vue, ses variations ne peuvent être ordinairement suivies, dans le principe, d'une façon aussi sûre; nous trouvons, cependant, dès les premiers jours, surtout dans les cas où l'ectasie n'est que très peu prononcée, une diminution de la myopie; mais la tolérance de la lumière, la possibilité d'ouvrir plus largement les paupières et de mouvoir l'œil dans tous les sens, ont leur part, sinon dans l'éloignement de l'œil de la limite myopique de l'accommodation, au moins peut-être dans la possibilité de voir plus distinctement les objets éloignés; et nous devons observer que, lorsque la choroïdite est à l'état aigu, il est assez difficile de mesurer avec une certaine exactitude la portée et les limitations de l'extension visuelle.

L'augmentation des dimensions de la chambre antérieure peut coïncider avec deux phénomènes opposés; nous voyons en effet, dans quelques cas, la myopie

diminuer si manifestement, que le malade est le premier à noter lui-même ce changement; d'autres fois, au contraire, la myopie reste stationnaire pour ne diminuer réellement que lorsque l'humeur aqueuse, augmentée pendant les premiers jours du traitement, s'écoule depuis en quantité toujours égale; et lorsque le staphylôme est très prononcé, c'est ordinairement de cette dernière façon que les choses procèdent. Du reste, on n'a pu saisir, ni au moyen de l'ophthalmoscope, ni à l'examen extérieur de la sclérotique, aucun signe annonçant des différences sensibles dans la circulation des parties antérieures de la choroïde, selon la disparition plus ou moins rapide de la myopie; seulement on a pu noter que la myopie diminue plus rapidement lorsqu'il y a une plus grande limitation de l'extension visuelle entre les deux limites de rapprochement et d'éloignement.

La paralysie de l'appareil de l'accommodation cacherait-elle ici l'augmentation des diamètres antéro-postérieurs du globe oculaire?

Le fait est que l'accommodation se régularise promptement et que la myopie diminue d'abord assez rapidement, mais qu'ensuite, dans les cas les plus graves où la sclérotique a perdu son élasticité, ce symptôme ne diminue qu'avec la plus grande lenteur. Nous trouverons, chez un des malades, un fait en rapport avec la diminution de la myopie; je veux dire la transposition du point de l'espace où le malade renvoyait l'impression d'une petite opacité des milieux réfringents à mesure que la mensuration de la vue indiquait une diminution du staphylôme.

Les malades ne peuvent que difficilement être suivis régulièrement dès que la congestion oculaire a complètement cessé, car ils n'ont pas ordinairement la patience de continuer le traitement du moment que les symptômes dus à la congestion ont disparu, seuls du reste

pour lesquels ils ont réclamés des soins, et on le comprendra facilement en notant dans les faits qui suivent combien le traitement est rendu long par les récidives qui se manifestent assez facilement jusqu'à ce qu'on ait amélioré les conditions internes. Une seule fois on continua les évacuations pendant quelques semaines après la disparition complète de la choroïdite, et, quoique la myopie ait sensiblement diminué encore, on ne pourrait en conclure qu'il soit utile d'insister ainsi; l'ectasie doit d'elle-même diminuer peu à peu, et, comme les ectasies antérieures, ne disparaître qu'à la longue, après le traitement, sans paraître être bien sensiblement améliorée par la continuation des évacuations. Chez les malades que nous avons l'occasion d'observer longtemps, les progrès de l'amélioration ne s'arrêtent que très tard. Nous verrons plus loin que, pendant bien longtemps encore, les malades que l'on a l'occasion de revoir accusent une amélioration toujours progressive.

Nous ne devons pas passer sous silence un fait qui pourrait induire en erreur sur l'action des évacuations si on ne le mettait en regard des autres changements constants qu'on observe dans l'état de la choroïde. A mesure que les points de la choroïde où l'atrophie est plus prononcée laissent la sclérotique à nu, la vue souffre d'une façon fort gênante d'une incommodité à laquelle il serait bien difficile de remédier dans les cas les plus graves, comme dans une des Observations qui suivent. L'atrophie complète du pigment dans une grande étendue de la chambre postérieure de l'œil, et aussi sa raréfaction prononcée dans tous les points où la choroïdite s'est étendue, donnent lieu à un éblouissement de la vue qui gêne beaucoup la vision distincte des objets. Les malades analysent très nettement ce phénomène: avant le traitement, avant la disparition des vaisseaux congestionnés qui, ainsi que nous l'avons vu, remplacent pour ainsi dire la couche sombre qui doit revêtir la

rétine, il y a photophobie; mais ensuite, lorsque la sclérotique se trouve presque à nu, il y a confusion, surtout pour les objets éclairés, pour les surfaces réfléchissant fortement les rayons lumineux, pour la lumière d'une bougie. Au milieu de cette confusion, malgré cet éblouissement qui n'a rien de douloureux, le malade peut mieux accommoder sa vue aux distances, il peut encore supporter, pendant un certain temps, la lecture, etc. Dans les cas plus légers, cette distinction entre ces deux phénoménes est faite encore facilement par les malades. Dans un cas plus grave que nous citons, nous pourrons voir que ce fut encore là le résultat le plus heureux qu'on put obtenir; du reste, la nostalgie dont ce malade était pris, l'ennui de devoir cesser complètement ses lectures, la chaleur étouffante à laquelle il n'était pas habitué, pouvaient contribuer en partie à cette persistance de la sensibilité oculaire que nous ne retrouvons pas dans d'autres cas presque aussi graves.

Nous voyons donc qu'on aurait tort de considérer toujours ces taches blanches comme de véritables atrophies complètes de la choroïde, lors même qu'on ne pourrait plus découvrir aucun vaisseau, aucune trace de pigment. Comme nous le disions, à chaque recrudescence on peut voir chez le même individu reparaître et disparaître les mêmes phénomènes sans que la maladie fasse jamais de progrès bien sensibles, pourvu que l'on ne perde pas de temps. La rétine n'est pas altérée et peut se conserver normale malgré les plus graves lésions de la choroïde.

Nous ne nous étendons pas davantage sur ces indications des évacuations de l'humeur aqueuse. Nous trouverons dans les Observations qui suivent tous les détails se rapportant à la durée du traitement, à ses phases, aux variétés que peuvent imprimer autant à la marche rétrograde de l'affection qu'à ses manifesta-

tions le siége, la forme, l'étendue, la cause, l'acuité de la choroïdite qui, ainsi qu'il est facile de le comprendre, est pour notre école l'unique cause des affections que nous venons d'étudier. Nous devrions peut-être ici parler encore des diverses complications, des suites de ces affections, mais nous préférons les étudier à part dans les sections suivantes. C'est dans les manifestations diverses de la choroïdite et dans les Observations que nous retrouverons les principaux jalons pour les indications, les contre-indications et les précautions à prendre contre les accidents des évacuations, qui ne sont jamais graves dans les cas plus simples que nous venons d'étudier; nous n'avons peut-être à observer qu'une sensibilité un peu plus prononcée de l'œil que dans le glaucome, sensibilité qui peut engager quelquefois à suspendre de temps en temps les évacuations pendant un jour ou deux. Dès que l'injection conjonctivale localisée et la sensibilité éveillée dans le lieu de la ponction ont disparu, on peut revenir aux évacuations; on pourra aussi pratiquer une autre ponction dans un point plus éloigné. Nous retrouverons du reste, dans les sections suivantes, des études sur des symptômes qui appartiennent aussi, mais non exclusivement, au type choisi ici, et qui, dans ce travail, peuvent être séparés sans inconvénient. Le praticien pourra aisément s'y rapporter, surtout à l'aide des Observations, d'autant plus que c'est dans ces altérations plus graves qu'on pourra trouver, en partie, les limites de l'action qu'on peut attendre de ces évacuations de l'humeur aqueuse, dont nous n'avons presque jusqu'ici étudié que l'effet sur la circulation de la choroïde.

Ainsi, quelle que soit la forme de la choroïdite, elle sera toujours combattue avec succès par les évacuations répétées de l'humeur aqueuse. Dans les cas les plus légers, là où la congestion est plus sûrement diagnostiquée par un peu d'augmentation de la consistance

du globe oculaire; une légère diminution de la chambre antérieure et un peu de lenteur dans les mouvements de l'iris; par les désordres de la sensibilité rétinienne et les défauts de l'accommodation, que par les signes ophthalmoscopiques qui, souvent, ne font pas découvrir des altérations profondes en rapport d'intensité avec la diminution de la vue, quelques évacuations suffiront ordinairement à dissiper tous les troubles de la vue. A affection plus avancée, traitement plus long, mais jamais la congestion profonde ne tarde à diminuer et même à disparaître; quant aux effets stables de cette congestion, plusieurs disparaissent ou se modifient, comme nous l'avons vu et comme nous le verrons encore plus loin. Jamais nous négligeons les autres moyens, mais nous n'en trouvons aucun dont l'action soit aussi prompte pour régulariser la circulation de la choroïde.

OBSERVATIONS

XIX.

Choroïdite postérieure aiguë et grave. — Plusieurs récidives. — Dyplopie monoculaire. — Névralgies. — Evacuations de l'humeur aqueuse — Guérison complète. — Insuffisance des autres traitements.

Virginie F., âgée de 17 ans, de Turin, entra le 15 janvier 1861.

Affectée de kératite ulcérative sur la cornée droite; il y a une ulcère assez vaste centrale avec photophobie très forte; névralgie péri-orbitaire.

D'un tempérament sanguin lymphatique, très brune, iris brun, peu menstruée depuis trois ans, couturière.

Par des scarifications répétées sur la conjonctive palpébrale, des potions émétisées, puis des ferrugineux, on obtint la cicatrisation de l'ulcération avec leucoma très prononcé. Les névralgies cédèrent à la quinine. Le 15 mars, la malade devait sortir, l'opacité cornéale diminuant depuis l'emploi des instillations de laudanum, lorsqu'elle fut prise de névralgies péri-orbitaires très intenses, avec injection péri-cornéale de très petits et très courts vaisseaux rayonnants. Les névralgies duraient toute la nuit, cessant de jour, mais laissant la vue, du côté gauche, comme obscurcie par un nuage qui devient très épais lorsqu'elle essaie de fixer son attention sur un objet. Elle avait ses règles un peu plus abondantes que le mois précédent, et le flux dura jusqu'au 18. Alors les douleurs ne cessant pas, on donna un purgatif, puis du sulfate de quinine pendant trois jours (un gramme par jour) sans amélioration. Les accès augmentant, au contraire, de durée, presque continuels, et la vue se troublant davantage, l'œil

fut examiné le 24 au matin, à l'ophthalmoscope. Il y a intolérance de la lumière, la pupille est un peu large et peu mobile, il y a injection de la papille, qui est rosée; couleur d'un rouge très foncé de tout le fond de l'œil; gros vaisseaux choroïdiens très dilatés partout et pigment un peu irrégulièrement disposé; au côté externe inférieur de la papille il y a une petite tache d'un blanc gris rosé, sur laquelle s'étendent deux ou trois des petits vaisseaux de la papille, embrassant le quart de la papille, et peu large (premier degré de scléro-choroïdite postérieure). Il y a un peu de myopie, elle ne voit que de très près, elle n'a jamais rien observé auparavant de semblable; elle ne peut pas lire; la vue n'avait jamais présenté d'altération, elle n'avait jamais eu ni asthénopie, ni myopie.

Je fis immédiatement la paracentèse: il sortit très peu d'humeur aqueuse, la douleur cessa; la paracentèse fut continuée jusqu'au 4 avril.

La douleur reparut assez forte le 26, pendant la nuit; mais depuis lors elle diminua chaque jour, en même temps que la quantité de l'humeur aqueuse augmentait.

Le 5 avril, elle lit à quinze centimètres à peu près les caractères 5 et 6, elle est obligée de tenir le livre, dit-elle, bien moins près qu'auparavant, la photophobie et la douleur ont disparu, la papille n'est plus injectée, le fond de l'œil moins rouge, le pigment assez régulièrement disposé dans les espaces intervasculaires des gros vaisseaux choroïdiens d'un rouge plus clair; la tache péri-papillaire est de la même grandeur, mais d'un blanc plus prononcé, moins gris; la vue se fatigue si elle lit un peu longtemps. On ordonne de l'iodure de potassium 0,50 par jour.

12 *avril.* — Réapparition des douleurs vers le soir; elle se plaint, le 13 matin, de ne pouvoir plus lire; elle voit les objets un peu gros de très près (à 10 ou 12 centimètres) et doubles, dont un dans l'axe visuel, de grandeur naturelle, à travers un brouillard, un autre plus près de l'œil, plus trouble, plus petit et en haut et en dehors de l'image véritable. L'œil droit n'a plus souffert, elle est triste, elle est un peu constipée. — Iodure de potassium (un gramme chaque jour), une purgation et pendant quatre jours un gramme de sulfate de quinine. — Tous ces symptômes augmentent, le brouillard qu'elle avait devant les yeux augmente encore.

On retrouve l'œil dans le même état qu'au premier examen; on fait la paracentèse du 16 au 24. Elle eut ses règles du 16 au 19 abondantes comme le mois précédent. Les symptômes diminuèrent peu à peu et avaient disparu le 24, en même temps que l'humeur aqueuse, en très petite quantité d'abord, augmentait chaque jour,et que la pupille redevenait mobile. L'examen ophthalmoscopique indiqua les mêmes altérations que celles du 5 avril. La dyplopie persista cependant, et l'image externe et fausse est moins visible; elle ne s'en aperçoit que si elle fixe son attention; la vue se fatigue vite si elle lit.

On reprend l'iodure de potassium; la dyplopie disparut après trois jours; la vue se fatigue vite le premier mai.

Le 2 mai les douleurs reparaissent, mais c'est l'œil lui-même qui est douloureux; le pigment de la choroïde est beaucoup déplacé, surtout près de la tache. Les gros vaisseaux choroïdiens, dont on voit la trace dans tout le fond de l'œil, sont voilés comme par un nuage et d'une couleur rouge foncée; l'iris est très fortement porté en avant. On fit la paracentèse pendant trois jours; il se fit un peu d'injection près de l'ouverture cornéale, avec sensibilité très grande; on cessa l'évacuation, l'humeur aqueuse était très peu abondante, et les symptômes allaient en augmentant d'intensité; on donna des potions émétisées.

On refit la paracentèse du 9 au 18 mai; après quelques jours la quantité de l'humeur aqueuse augmenta, et tous les autres symptômes disparurent peu à peu, sans que le flux menstruel, qui parut à cette époque, ne parut influer bien sensiblement.

Le 18 elle sortit; la dyplopie a disparu ainsi que la myopie. Elle lit les caractères N° 1 à 20 ou 25 centimètres à peu près. L'exsudat péri-papillaire s'est entouré d'une très petite ligne de pigment, a pris une couleur blanc foncé, comme si l'on commençait à apercevoir quelques grains de pigment profond au travers d'elle; on ordonna des pilules de calomel et aloès.

Elle vient à la consultation le 2 juin; il se déclare de nouveau un peu de kératite à droite, avec névralgie, qui céda à la quinine; à la fin de juin les douleurs reparurent, mais ne cédèrent plus aux moyens jusque là employés. Elle entra le 2 juillet; on lui fit la paracentèse de cet œil. Le lendemain la quantité d'humeur aqueuse qui la veille était très faible, avait sensiblement augmenté et la douleur avait cédé. Elle avait repris ses

travaux de couture sans souffrir; depuis trois mois ses règles sont très peu abondantes. Elle entra de nouveau le 26 janvier 1862; de violentes névralgies se sont déclarées il y a 20 jours dans l'œil, aux tempes et au sourcil du côté gauche, avec photophobie intense, larmoiement; elle a été saignée huit fois chez elle dans l'espace de 6 jours. On lui avait donné inutilement des potions émétisées, on avait essayé inutilement aussi diverses préparations d'opium, de morphine à haute dose; l'acuité de l'affection ne diminua jamais; le traitement n'eut d'autre résultat que de causer une faiblesse extrême.

Les douleurs étant plus fortes vers le soir, on donne, du 26 janvier au 5 février, sulfate de quinine, un gramme par jour; aucun résultat n'étant obtenu ni pour l'affection oculaire ni pour l'état général, on recourt aux évacuations.

5 *février*. — L'examen ophthalmoscopique ne peut être fait à cause de la douleur extrême qui est éveillée par le seul éclairage de l'œil; il n'y a pas d'injection externe, la pupille est resserrée. Paracentèse, deux évacuations le matin, une évacuation le soir; la malade sort pour la première fois depuis un mois; les douleurs ne se sont pas exaspérées le soir.

6. — Deux évacuations, une le matin et une autre le soir; les douleurs continues ont beaucoup diminué; elle peut le soir ouvrir les paupières et supporter sans peine la lumière.

7. — La douleur a presque disparu, elle mange avec appétit; il sort beaucoup plus d'humeur aqueuse; elle sort au grand jour; une évacuation.

8, 9 *et* 10. — Une évac. par jour.

11. — Elle commence à lire avec un peu de difficulté et d'assez près; on fait l'examen ophthalmoscopique qui est très bien supporté et qui donne en tout un résultat semblable a celui du 2 mai de l'année derrière; elle se plaint du même phénomène de dyplopie.

Le cristallin, à l'éclairage latéral, est comme piqueté à sa superficie, les segments sont bien marqués. La pupille s'était élargie et était sensible à la lumière.

12, 14, 15, 16 *et* 18. — Evacuations (une par jour). La vue était tout à fait normale le 25; on ordonne des préparations de fer et la santé améliore de jour en jour; il n'y a plus de récidive jusqu'au moment de sa sortie, le 25 mars; le fond de

l'œil se présente comme à l'examen du 18 mai, sauf que le pigment est bien plus normalement disposé autour de la papille et dans tout le segment postérieur de l'œil; le cristallin a perdu son aspect granulé dans ses couches superficielles.

Le 12 août elle se présente ; son état n'a pas changé ; la menstruation est abondante.

L'apparition de la choroïdite et de l'exsudat pendant son séjour à l'hôpital, après un long traitement pour une ulcère de la cornée dans l'autre œil, exclut ici toute idée que le repos seul de l'œil ait pu concourir bien puissamment à la guérison. Plusieurs récidives se déclarant, pendant son séjour, permirent chaque fois de constater tous ces phénomènes d'augmentation et de diminution de la congestion choroïdienne. Ici la maladie, d'une tenacité si rebelle, était sous la dépendance bien manifeste d'une menstruation peu abondante; les circonstances se prêtent donc admirablement pour laisser aux évacuations seules le mérite d'avoir décongestionné la choroïde, l'apparition de règles abondantes n'ayant apporté aucune amélioration. A chaque récidive, la congestion de la papille, de la rétine, de la couche choriocapillaire ne cède qu'aux évacuations. On voit, après chaque amélioration, le pigment déplacé reprendre plus de régularité dans sa disposition que l'engorgement des vaisseaux avait altérée un peu, mais en devenant en définitive un peu raréfié de façon à permettre de voir, dans les points les plus attaqués, les gros vaisseaux choroïdiens dont les bords deviennent eux-mêmes plus nets, plus distincts, à disposition plus régulière et de couleur moins rouge, à mesure que les évacuations font disparaître la congestion. On voit l'exsudat lui-même devenir plus foncé à chaque récidive, mais sans s'étendre,

très probablement grâce à l'action du traitement, ensuite se réabsorber peu à peu sans passer à l'atrophie de la choroïde. On peut même constater que le pigment, loin de s'agglomérer à sa limite, réapparaît dans le point même occupé par l'exsudat à mesure que celui-ci paraît s'absorber. Peut-être même, en agissant plutôt dans un cas semblable, pourrait-on espérer d'empêcher la formation de l'exsudat lui-même.

Mais ce ne sont pas les seuls points dignes de remarque. La maladie, à chaque récidive, est accompagnée de douleurs, de névralgies, de dureté du bulbe, et en même temps l'iris est porté en avant, la quantité de l'humeur aqueuse est très-sensiblement diminuée. Ce n'est que peu à peu que la chambre antérieure augmente de dimensions. En même temps la douleur diminue et cesse, la congestion disparaît. Tout ici correspond à ce que l'on observe dans le glaucome. Lorsque l'affection se déclare dans la suite à l'autre œil, les mêmes névralgies, la même diminution des diamètres de la chambre antérieure, seuls phénomènes appréciables à cause de l'opacité de la cornée et le même ordre dans la disparition de ces symptômes à la suite des évacuations, permettent bien de croire qu'il s'agissait de la même affection.

La myopie très-prononcée et devenant à chaque recrudescence beaucoup plus forte pourrait être attribuée au refoulement du cristallin en avant. Mais il y avait bien probablement aussi ectasie profonde dans le genre de celles que l'on observe autour de la cornée dans les choroïdites antérieures, puisque la myopie persistait après la reformation de la chambre antérieure pour disparaître enfin complètement à son tour, après que la congestion avait été vaincue, que la dureté du bulbe avait diminué, et que la sclérotique pouvait revenir sur elle-même.

Ici la sclérotique ne céda pas en avant, comme elle céda dans l'Observation N° 2, et il y eut névralgie ciliaire. On peut voir dans l'Observation N° 3 le même

fait de plus grandes altérations dans les parties profondes dans un œil, dont les parties antérieures n'avaient pas cédé. On peut remarquer assez souvent que des choroïdites graves antérieures, après leur guérison, n'ont produit que de très légères altérations de la vue.

Quant à la dyplopie monoculaire, la position de la fausse image, sa persistance après la diminution très-sensible de la congestion oculaire et des autres symptômes anatomiques et physiologiques et sa disparition après les modifications et la presque disparition de l'exsudat et la cessation de la myopie, le déplacement des deux images pendant la diminution de la myopie, ne sembleraient-elle pas indiquer qu'elle était sous la dépendance d'altération de la transparence du cristallin, dont on n'a cependant constaté le léger trouble qu'à la dernière recrudescence?

XX.

Amaurose glaucomateuse. — Staphylômes postérieurs et antérieurs de la sclérotique. — Congestion de la choroïde. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison de la congestion choroïdienne.

Antoinette B., âgée de 21 ans, d'Asti, couturière en chemise, dysménorrhoïque, entre le 21 juin.

Elle a été déjà opérée autrefois de ptérigion commençant aux deux yeux myopes de naissance. Depuis un mois elle est affectée d'asthénopie, elle doit quitter souvent son travail parce que sa vue devient trouble au bout de quelques instants.

Etat actuel. — Œil droit : staphylômes de la sclérotique en avant et en haut et en dedans, assez bien marqués ; sclérotique bleuâtre, iritis moins mobile que celle de l'autre œil, chambre

antérieure normale, choroïde rouge brun, gros vaisseaux choroïdiens très rouges et grossis, déplacement léger du pigment très brun, staphylôme ou tache choroïdienne large en semi-lune au côté externe inférieur; autre tache en croissant plus petite du côté supérieur. Dans l'œil gauche les vaisseaux paraissent aussi, mais bien moins, à travers le pigment; la papille en bas présente aussi un point en croissant plus clair se confondant avec elle. Le rebord de la papille est limité par un fort bourrelet de pigment, et même il y a une petite tache du pigment en bas.

Vue un peu myope dans les deux yeux, un peu de nuage constant à droite; repos; glace sur les yeux, iodure de potassium et pilules de fer et aloès.

2 *juillet*. — Paracentèse à l'œil droit, humeur aqueuse médiocrément abondante; amélioration de la vue.

3. — Humeur aqueuse de même quantité; le nuage a disparu le soir.

4 *et* 5. — La tension oculaire a cessé; humeur aqueuse très abondante.

La choroïde est moins rouge en général.

6. — Beaucoup d'humeur aqueuse; amélioration.

7 *et* 8. — Pas beaucoup d'humeur aqueuse.

9 *et* 10. — Mieux de la vue.

11 *et* 12. — Il y a peu d'humeur aqueuse; amélioration légère de la vue qui se fatigue moins.

13 *et* 14. — Il y a un peu plus d'humeur aqueuse.

17. — On cessa la paracentèse à l'un comme à l'autre œil; mais cet œil est plus myope que l'autre; le 18 elle marche seule sans fatigue.

18. — Vaisseaux choroïdiens bien moins dilatés, d'un rouge plus clair, le pigment plus régulièrement disposé; on voit la tache péri-papillaire externe piquetée de granulations pigmenteuses; la papille, bien moins injectée en avant, laisse voir ses trois couches concentriques distinctes, dont la dernière est un peu plus large par l'éloignement du pigment; vaisseaux coronaires moins dilatés; la tache est plus blanche, rosée, un peu plus éclatante. Les staphylômes antérieurs ont disparu, mais on en voit les traces bleuâtres.

Elle sort le 21 juillet lisant et écrivant les caractères les plus fins.

XXI.

Staphylôme postérieur. — Choroïdite postérieure. — Cécité presque complète par instants. — Evacuations répétées. — Amélioration notable. — Imprudences du malade suivie de cécité complète par hémorrhagie dans le corps vitré. — Evacuations faites après avoir reconnu l'inutilité du traitement ordinaire. — Guérison et retour presque complet de la vue.

Ange G., intendant de campagne, agé de 37 ans, entra le 17 mai 1860.

Il y a neuf, ans il a perdu la vue dans l'œil gauche, dans lequel il avait reçu une poignée de sable; il souffrit peu alors et la vue diminua peu à peu, de sorte qu'au bout de quelques semaines il fut complètement aveugle de cet œil.

Il a toujours été myope depuis l'âge de 25 ou 26 ans; il éprouvait des migraines avec éblouissement de la vue toutes les fois qu'il s'exposait trop au soleil ou à quelqu'excitant; la moindre attention un peu prolongée sur des petits objets, les lectures, produisaient des éblouissements qui disparaissaient par le repos.

Depuis le mois de décembre la vue baissa beaucoup; un nuage de jour en jour plus dense, quelquefois avec sensation de mouches volantes, lui rendit l'œil gauche presqu'inutile et tout à fait aveugle même par moment.

Etat actuel.— Sinizèse, pseudo-cataracte, iris brun et boursouflé, atrophie légère du bulbe, cécité complète dans l'œil droit.

Œil gauche : il est très myope; il ne peut plus lire depuis un mois, aucune lentille concave n'améliore la vue, pour voir la main il s'approche presque jusqu'à toucher l'objet; il a sensation comme de mouches volantes au-devant des yeux; il y a photophobie; il a des névralgies frontales fréquentes tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; il est un peu sourd depuis quelques années de l'oreille droite.

Les milieux sont transparents; large staphylôme du côté externe de la papille, allongé jusqu'à la région de la *macula lutea*, entièrement blanc resplendissant, limité par un bourrelet de

pigment; en dedans et en bas de la papille petit exsudat d'un blanc mat; papille très injectée avec beaucoup de petits vaisseaux. Les vaisseaux rétiniens sont très injectés, surtout les veines qui sont variqueuses et qu'on voit passer très visiblement au devant de la tache interne et du staphylôme; les gros vaisseaux choroïdiens sont très dilatés, d'un rouge foncé; dans la région du staphylôme on ne voit pas de vaisseaux choroïdiens, mais seulement dans le voisinage de la papille quelques petits vaisseaux. Dans la région de l'équateur les *vasa vorticosa* sont très dilatés et très rouges.

Le malade est très brun et le pigment choroïdien très foncé dans les espaces intervasculaires.

Le bulbe oculaire est dur, la pupille dilatée et très peu mobile.

17. — Paracentèse (quatre évac.) dans l'œil gauche; la pesanteur de la tête cessa de suite après l'opération; applications fraîches souvent répétées sur l'œil; la pupille se rétrécit pendant l'opération, et le lendemain elle était comme au moment de son entrée; elle avait été très fortement dilatée avec l'atropine pour l'examen ophthalmoscopique. Le nuage qui obscurcit la vue diminue petit à petit.

22. — Paracentèse (quatre évac.); cette évacuation est suivie d'une amélioration encore plus prononcée dans la vue.

25. — Paracentèse (quatre évac.); le nuage diminue encore jusqu'au 29. On avait essayé d'examiner à l'ophthalmoscope l'œil dont la pupille est redevenue très mobile, mais le malade ne se soumet qu'avec difficulté à cet examen; la lumière lui fait de la peine, et on ne peut constater aucun changement.

29. — Il s'absente de l'hôpital sans autorisation, il va au soleil, essaie de lire et boit une grande quantité de vin et passe la nuit dehors.

30. — La vue a baissé rapidement, il voit des mouches volantes; douleurs gravatives frontales, cécité telle qu'il se fait presque porter à l'hôpital; on donne de l'émétique, on fait des frictions mercurielles péri-orbitaires, applications froides, douches oculaires froides.

2 *juin*. — Rien ne changeant, je fais de nouveau la paracentèse (trois évac.)

3. — La douleur a cessé, la vue a amélioré et cette amélioration augmente rapidement.

8. — Il distinguait quelques lettres des numéros inférieurs à 10 centimètres.

14. — Paracentèse (quatre évac.); l'humeur aqueuse est bien plus abondante et se reproduit plus vite et en plus grande quantité.

21. — Il sort; l'œil est un peu moins dur, il lit à 10 centimètres les N°s 4 et 5 de l'échelle en entier et assez vite, sans se fatiguer; la photophobie a cessé, les milieux sont cependant, à ce qu'il semble, un peu troublés par de petits et rares granules, la papille bien moins injectée; la pupille est très étroite, le malade se prête peu à l'examen; on ordonne des pilules d'iodure de potassium et d'aloès, dont il fait usage depuis le 10 juin.

XXII.

Amaurose glaucomateuse. — Choroïdite dans les deux yeux. — Staphylôme postérieur dans l'œil gauche. — Abolition presque complète de la vue des deux yeux. — Iridectomie des deux côtés. — Amélioration de la vue à droite seulement. — Évacuations de l'humeur aqueuse avec amélioration très notable de la vue et de la choroïdite dans les deux yeux. — Résultat très satisfaisant.

François S., paysan, âgé de 55 ans, de Vinovo, entra le 23 mai 1860.

D'un tempérament sanguin, affecté de couperose sur le nez, il a eu des fièvres intermittentes rebelles il y a huit ans. Il est sujet à des maux de tête fréquents depuis quatre ou cinq ans dont il diminue l'intensité par des purgatifs.

Au mois d'octobre dernier la vue diminua rapidement dans l'œil gauche; depuis le mois de février la vue diminue dans le droit. Il ne se souvient d'autre chose, quant à cette période, que d'un brouillard chaque jour plus noir qui couvrait ses yeux, et de maux de tête fréquents. Depuis deux mois sa vue est dans l'état où elle est aujourd'hui, nous dit-il.

Etat actuel. — Œil droit dur, injection veineuse légère et profonde des veines sous-conjonctivales dans la direction des muscles

droits. La sclérotique est un peu bombée en avant autour de la cornée et blanche. Pupille peu mobile, un peu dilatée : lorsque la pupille eut été dilatée par l'atropine, on vit quelques petites taches de pigment à la périphérie de la superficie antérieure du cristallin. Les milieux sont transparents. Le pigment autour de la papille de couleur un peu verdâtre; la papille injectée, les vaisseaux veineux sont variqueux, flexueux. Le rebord choroïdien de la papille est un peu irrégulier. Les vaisseaux de la rétine sont également dilatés, et vers la périphérie, du côté externe, il y a quelques petites taches brunes, surtout dans le point de division des vaisseaux qui passent au devant de ces taches. Le fond de l'œil réfléchit un peu moins la lumière, et sauf à l'équateur, on n'en distingue pas les gros vaisseaux choroïdiens que l'on voit par places et confusément ailleurs. La couleur du fond de l'œil est rouge brun.

L'œil gauche est très dur ; la sclérotique en avant est un peu moins bombée que l'autre, la cornée sensible, pupille moins dilatée, léger strabisme externe. La pupille ayant été dilatée, on voit la papille moins verdâtre que dans l'autre œil, mais grise, injectée en bas et en dehors; tache blanche, peu luisante, embrassant en demi-lune la demi-circonférence de la papille et limitée en dehors par une forte ligne de pigment, sur lequel passent deux vaisseaux rétiniens tortueux. En haut et en dedans il y a un petit exsudat semi-lunaire aussi, embrassant la papille et de couleur grisâtre comme la papille; tout le fond de l'œil renvoie peu de lumière. Les gros vaisseaux choroïdiens, d'un rouge brun foncé, sont larges. Le pigment est noir brun.

Les pupilles dans les deux yeux sont d'un gris verdâtre.

De l'œil droit il voit la main, mais il ne peut distinguer si elle est ouverte ou fermée. De l'œil gauche il voit la lumière et l'ombre de la main placée près de l'œil et très confusément ; dans l'œil droit tout le champ visuel a diminué de sensibilité d'une façon uniforme et égale.

24 *mai.* — Iridectomie du côté externe aux deux yeux. Il y a un peu de douleur le soir dans l'œil gauche ; on fait une petite saignée.

27. — Il voit de l'œil droit la main et compte les doigts placés à 15 centimètres à peu près de distance ; l'œil gauche n'a rien gagné.

29. — Paracentèse (4 évac.) aux deux yeux. L'humeur aqueuse plus abondante à droite qu'à gauche ; à gauche la chambre antérieure est bien plus claire après l'évacuation, et cette éclaircissement persiste.

1er *juin.* — De l'œil droit il voit les lignes espacées des gros caractères d'imprimerie, sans distinguer aucune lettre. De l'œil gauche il voit les doigts placés à 10 centim. à peu près et à l'interne.

2. — Paracentèse (4 évac.) ; amélioration de la vue très prononcée, et le 3 le malade sort et se dirige bien tout seul.

7. — Paracentèse. (4 évac.) Dans les deux yeux la quantité de l'humeur aqueuse a augmenté très sensiblement, ainsi que sa limpidité.

9. — Il sort, il voit avec peine quelques lettres du n° 18 de l'œil droit; l'œil gauche distingue confusément les traits de la figure à deux pas. L'examen ophtalmoscopique ne peut être fait très attentivement à cause de la sensibilité et du rétrécissement de la pupille. La papille droite est verte, un peu moins cependant. Dans les deux yeux les vaisseaux sont moins dilatés. Dans le gauche il n'y a plus la couleur grise qu'on y observait. Le fond de l'œil réfléchit plus de lumière et ne paraît plus d'un rouge aussi foncé. On aperçoit bien les vaisseaux choroïdiens, d'un rouge plus clair, et le pigment intervasculaire plus détaché. L'aspect des petits staphylômes n'a pas changé On ordonne de l'iodure de potassium en pilules avec de l'aloès ; on lui recommande de revenir dès que l'amélioration aura cessé de progresser; il ne reparut plus.

XXIII.

Staphylômes postérieurs. — Choroïdite. — Altérations très graves de la vue. — Evacuations. — Guérison de la choroïdite. — Diminution de la myopie pendant le traitement. — Non disparition d'une agglomération de pigment sur la choroïde.

Joseph T., âgé de 38 ans, de Venise, entre le 2 juin, sort le 25 juillet 1860.

Depuis son enfance il est myope, mais ses yeux n'ont jamais

souffert; il fit avec Garibaldi la campagne de l'Italie méridionale, et il s'aperçut alors que la vue faiblissait; de fréquents nuages passent devant ses yeux et ces nuages deviennent chaque jour plus fréquents.

L'œil droit souffre plus que le gauche, les éblouissements sont continus, il voit les lumières rayonnantes, irisées de cet œil. Dans les deux yeux la chambre antérieure est rétrécie, les pupilles un peu larges, peu mobiles; à gauche la papille est très large, blanche, c'est à dire que l'on voit la papille centrale, rendue plus large par la disparition du pigment périphérique; le cercle du staphylôme (ou exsudat, ou atrophie) est assez régulièrement rond.

La papille droite est semblable à celle-ci, sauf qu'il existe du côté externe une tache sémi-lunaire blanche, limitée en dehors par un fort bourrelet de pigment, et en dedans, vers la papille qu'elle continue, par une légère ligne de pigment.

Choroïdes d'un rouge brun; les vaisseaux choroïdiens font saillie à travers le pigment de couleur brun foncée; vaisseaux coronaires et de la rétine un peu renflés; tache pigmentaire noire sur la choroïde tout à fait en avant, en bas et vers le corps ciliaire; du côté droit, il ne peut lire aucun caractère de l'échelle.

4. — Au matin, évacuation; humeur aqueuse peu abondante dans les deux yeux. — Soir, paracentèse; humeur un peu plus abondante, pupille moins dilatée; purgatif.

5. — Paracentèse, humeur abondante; l'amélioration hier était sensible, moins ce matin.

6. — Beaucoup d'humeur aqueuse, amélioration plus prononcée à droite.

7. — Un peu d'injection conjonctivale vers la plaie dans les deux yeux.

9. — L'injection a disparu; évacuation, humeur aqueuse plutôt abondante.

9 et 10. — Purgatif; la vue a beaucoup gagné ces derniers jours, il lit les numéros moyens à cinq pouces.

11, 12, 13 *et* 14. — Evacuations; l'humeur aqueuse sort en abondance égale, et la vue améliore chaque jour.

16. — Examen ophthalmoscopique; vaisseaux choroïdiens bien moins rouges et moins gros; les veines coronaires toujours un

peu engorgées; pigment de la choroïde plus régulièrement disposé. Du reste, même état du fond de l'œil. Les pupilles plus mobiles, grises.

Il lit des deux yeux les plus petits caractères de l'échelle à douze pouces; il sort le 25.

XXIV.

Staphylôme postérieur. — Congestion de la choroïde. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison de la congestion.

Bernard N., soldat congédié, âgé de 26 ans, de Soudrio, entre le 12 juillet 1860.

Cataracte gypseuse dans l'œil droit avec synéchie postérieure. Staphylôme postérieur léger au côté externe de la papille (tache sémi-lunaire), amblyopie avec vision au devant de l'œil d'une mouche fixe au côté externe du champ visuel. Congestion de la choroïde, avec obscurcissements fréquents de la vue, myopie légère, avec distension oculaire; dureté du bulbe. Un purgatif. Trois séances d'évacuations (trois évac.). Amélioration considérable de la vue, mais le point noir fixe n'a pas disparu; la tension oculaire a diminué et la choroïde est moins rouge; degré égal de myopie. Il sort le 19 juillet 1860.

XXV.

Staphylômes postérieurs. — Myopie congenitale. — Choroïdite. — Evacuations. — Amélioration prompte de la choroïdite.

Jean M., âgé de 16 ans, de Fossano, entra le 2 janvier 1860.

Myopie congénitale; staphylôme postérieur étendu progressif, avec amblyopie. Amaurose glaucomateuse dans les deux yeux, plus grave dans l'œil gauche depuis un an, et devenue plus

aiguë depuis un mois; lecture impossible: trois séances d'évacuations; amélioration notable de la vue; lecture des numéros les plus fins; persistance de la myopie et du staphylôme; diminution considérable de la choroïdite. Il sortit le 18 janvier.

XXVI.

Choroïdite grave, étendue. — Sclèro-choroïdite postérieure commençante. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Récidive. — Nouvelles évacuations. — Guérison complète.

Antoinette F., de Baldissero, 28 ans, entre le 10 octobre 1861, sort le 25 février 1862.

Anorexie; ventre ballonné; fleurs blanches; aménhorrée depuis un an, diminution de la vue avec névralgies frontales accompagnées de photophobie des deux côtés, depuis sept ou huit mois. Vers la fin de chaque lune la vue baissa considérablement, surtout depuis quatre mois; de l'œil droit elle voit bien à huit pouces la main toute entière placée en face, dans tout le reste du champ visuel la perception est presque complètement abolie. De l'œil gauche, elle peut lire à huit pouces une ligne des N°s 6 et 7. Au-delà de la première ligne il arrive larmoiement, douleurs, nausées et impossibilité de voir distinctement.

Yeux durs, très sensibles au toucher; chambres antérieures diminuées dans leurs dimensions, iris peu mobiles; on dilata les pupilles. Les vaisseaux sont coudés au côté externe des deux papilles qui sont ovales du haut en bas, très injectées; les veines de la rétine sont dilatées, tortueuses dans tout leur trajet; dans le gauche, pulsation spontanée de la veine centrale sur la papille: à droite on observe aussi ce phénomène après un examen ophthalmoscopique un peu prolongé. Tout autour des papilles le pigment a pris une couleur d'un gris verdâtre, s'étendant plus au loin du côté externe; et la limite choroïdienne des papilles est entourée d'un cercle très saillant de pigment. Au loin, les couches pigmentaires sont comme boursouflées, à surface un peu irrégulière, au dessous desquelles on distingue surtout en dehors les gros vortex tortueux, repliés, à contours im-

possibles à délimiter; le fond de l'œil, à un examen complexif, présente un aspect plus foncé vers le centre, et d'un rouge pouceau d'autant plus vif et plus marqué que l'on avance vers l'équateur.

Traitement. — Purgatif léger chaque trois jours; une évacuation de l'humeur aqueuse jusqu'au 5 novembre. Le dimanche l'évacuation n'était pas faite et la malade fut examinée quatre fois à l'ophthalmoscope.

13 *octobre.* — Le battement spontané avait disparu dans les deux yeux; on le voyait reparaître après quelques instants d'examen. La douleur avait également disparu presque complètement; la vue avait un peu amélioré; du reste rien de changé.

20. — Les battements même consécutifs à l'examen ont disparu; à la périphérie, la couleur rouge de la choroïde est moins vive, plus claire; les veines de la rétine paraissent moins tortueuses; la dureté du bulbe a diminué, et la chambre antérieure a repris ses dimensions; iris mobile; elle lit quelques lettres des numéros moyens de l'œil gauche; à droite, elle lit les deux N°s 5 et 6, mais la vue se trouble bientôt.

27. — La couleur verdâtre du pigment s'est changée en gris cendré, uni et encore un peu vert vers la papille, granulé un peu au delà; en dehors de cette zône, on voit tout le pigment brun, granulé, et les gros vaisseaux de la choroïde se suivent bien dans leurs contours bien limités. Elle lit avec fatigue le N. 3 de l'œil droit; elle lit assez couramment deux lignes du N° 10 de l'œil gauche.

La vue était tout à fait normale à droite. Elle lit tous les caractères sans fatigue, à gauche elle lit couramment les N°s 6 et 7. Elle fut employée comme infirmière. Du reste, son état général n'est pas changé quant aux fonctions de la menstruation et quant à l'anorexie et le ballonnement de l'abdomen, qui est très gonflé ainsi que la taille.

Vers les premiers jours de décembre, nouvelles douleurs à droite, abolition presque complète de la vue; même état absolument de l'œil qu'à son entrée; l'œil gauche ne souffre pas; douze évacuations; retour complet de la vue.

A cette époque, pansement sur la matrice affectée d'hypertrophie et de granulations; à la fin de janvier, éruption d'acné simple aigu, sur tout le corps, qui guérit après quelques jours;

les règles reparurent au premier février. La vue n'a pas amélioré à gauche, mais elle peut lire, travailler sur les objets fins pendant des journées sans fatigue; à droite, elle lit sans fatigue le N° 4, difficilement le N° 3.

La couche pigmentaire a conservé son aspect granulé, un peu raréfié, et cet aspect s'est étendu jusqu'à la papille. Du reste, aucune trace d'altération; dans les deux yeux le champ visuel a repris complètement son extension normale.

XXVII.

Staphylôme postérieur. — Choroïdite grave, ancienne. — Cécité presque complète. — Exophthalmie. — Evacuations répétées. — Disparition prompte de l'exophthalmie. — Retour complet de la vue. — Guérison de la choroïdite. — — Récidive grave avec exophthalmie. — Nouvelles évacuations. — Retour plus lent, mais complet de la vue.— Altération plus grave de la choroïde, aussi plus lente à disparaître. — Guérison complète plus lente aussi. — Disparition de l'exophthalmie. — Guérison définitive.

Louis C., ouvrier en passementerie, 31 ans, de Rome, entre le 24 février 1862.

Depuis deux ans il s'aperçoit que la vue s'obscurcit de temps en temps, surtout vers la fin des semaines pendant lesquelles il a plus été occupé. Depuis six mois il ne peut travailler que quelques heures chaque jour parceque sa vue s'obscurcit et qu'il éprouve même de violentes névralgies du côté droit. Depuis deux mois il a suspendu ses occupations pour impossibilité de travailler. Il prend chaque jour des pilules d'aloès et jalap. Le repos, des douches froides fréquentes sur les yeux, l'usage continué des pilules n'empêchent pas l'affection de progresser.

24 février. — La vue de l'œil gauche est normale. A droite il dit que la vue est complètement éteinte; on s'assure cependant que la lumière vive est perçue de tous les points de la rétine, et qu'il voit la main qu'on promène du côté externe de l'œil. L'œil est dur, plus proéminent que l'autre. Pas de goître. Bruits du

cœur très prononcés, pas de bruits anormaux. Chambre antérieure de grandeur naturelle, pupille peu mobile. Milieux transparents. Vaisseaux de la papille renflés, ainsi que les vaisseaux de la rétine. Au côté inférieur externe de la papille, petite tache sémilunaire de couleur cendrée. Tout le pigment de la choroïde est irrégulièrement disposé (plus vers le centre que vers la périphérie), comme soulevé; fond de l'œil d'un rouge brun foncé; vers l'équateur seulement on peut suivre les gros vaisseaux de la choroïde.

24. — Un purgatif salin. On ordonne pour toute la durée du traitement 1 gr. d'iodure de potassium chaque jour, un purgatif chaque trois jours; douches froides oculaires journalières vers le soir.

25. — Paracentèse, une évacuation le matin, et une autre le soir. De suite après la première évacuation le malade compte les doigts placés au côté externe.

26. — Le malade compte les doigts et voit d'assez petits objets dans toutes les directions. Une évacuation.

27. — Le malade lit à la distance naturelle les numéros moyens. L'exophthalmie a sensiblement diminué. Une évacuation.

28. — Vaisseaux de la rétine et de la papille de la même dimension que dans l'autre œil. Tache péri-papillaire plus blanche, plus facile à distinguer de la papille elle-même; pigment choroïdien plus régulièrement disposé, et on peut mieux distinguer dans la choroïde les zônes concentriques les unes aux autres qui indiquent que la congestion a été moins forte, moins grave vers l'équateur.

28 *février*, 1, 2, 4, 5, 7 *et* 8 *mars*. — Une évacuation par jour.

9. — La vue est en tout égale à celle de l'œil gauche dans lequel on voit aussi une petite tache blanche au côté externe de la papille. Dans les deux yeux légère myopie. Tache péri-papillaire de l'œil gauche tout à fait blanche. On peut suivre les gros vaisseaux de la choroïde dans tout leur parcours. La couleur du fond de l'œil est moins rouge. Pigmentation comme au dernier examen. Il n'y a presque plus d'exophthalmie, c'est à dire que les deux yeux sont également un peu proéminents. Le traitement est continué en tout comme avant, moins les évacuations qui sont interrompues.

20. — La vue s'obscurcit de nouveau graduellement, par moments. On ordonne des douches oculaires plus fréquentes.

30, 31. — La vue diminue chaque jour.

1er *et* 2 *avril.* — Douleurs névralgiques vers le soir. Sulfate de quinine, un gramme.

1er et le 2. — L'exophthalmie est plus prononcée qu'à gauche.

3 matin. — La vue s'est tellement abaissée qu'il voit à peine la face de l'opérateur. La névralgie a duré toute la nuit. L'examen ophthalmoscopique n'est pas toléré. Paracentèse. Une évacuation. De suite après le malade voit un peu mieux. La névralgie ne reparut plus.

4, 5, 6. — Une évacuation par jour. L'exophthalmie a disparu.

7. — La vue a amélioré, mais il ne peut lire encore. La tache péri-papillaire a pris un aspect rosé, et tout autour de la papille, sous un éclairage intense, le pigment a un reflet verdâtre. Au reste, même état quant à l'injection qu'au premier examen. Evacuation.

Les évacuations sont continuées chaque jour jusqu'au 29 avril et la vue améliore, surtout du 7 au 12 et du 16 au 20.

29. — La vue est redevenue normale.

1er *mai.* — L'examen ophthalmoscopique donne en tout un résultat semblable à celui du 9 mars.

6. — Le malade sort.

30. — Le malade a repris ses occupations sans éprouver aucune fatigue. Il revient à l'hôpital deux ou trois fois par semaine pour prendre les douches oculaires. Il prend chaque jour 4 pilules de iodure de potassium 15 centigr., aloès 3 centigr. Le fond de l'œil est en tout semblable à ce que l'on a observé le 1er mai, sauf que le pigment choroïdien péri-papillaire n'offre plus de reflet verdâtre.

Il a pris part à la dernière campagne de Garibaldi. Avant son départ sa vue n'avait jamais souffert.

XXVIII.

Staphylôme postérieur et congestion de la choroïde très ancienne dans l'œil gauche. — Glaucome chronique dans l'œil droit beaucoup moins ancien. — Cécité complète dans l'œil droit, presque complète à gauche. — Evacuations. — Disparition du battement des vaisseaux papillaires. — Diminution de l'enfoncement de la papille. — Retour de la vue à gauche, amélioration à droite. — Seconde série d'évacuations. — Cessation des éblouissements passagers de la vue. — Diminution de la presbytie à droite. — Guérison complète à gauche.

Charles O., âgé de 69 ans, campagnard, de S. Damiano d'Asti, entre le 16 octobre 1861.

Depuis deux ans l'affection s'est déclarée dans l'œil droit par des obscurcissements fréquents de la vue qui baissa rapidement, au point que depuis un an le malade ne peut plus se servir de cet œil.

Dans l'œil gauche qui, avant l'âge de 55 ans, avait toujours été le meilleur, celui dont le malade se servait plus ordinairement, la vue baissa depuis cette époque (depuis 14 ans), mais très lentement. De temps en temps il ressentait de très légers éblouissements de la vue, qui disparaissaient d'eux mêmes. Le malade ne porte jamais de lunettes. Depuis un an, c'est à dire depuis que l'œil droit est devenu complètement aveugle, la vue baissa rapidement dans l'œil gauche, et depuis 8 mois il ne peut plus lire.

Aucune autre souffrance, ni générale ni locale.

Etat actuel. — L'œil droit distingue le jour de la nuit. La pupille est très dilatée, verdâtre; œil très dur; cornée insensible; enfoncement de la papille, battements des vaisseaux, en un mot, signes classiques du glaucome.

Œil gauche un peu moins dur; cornée peu sensible; pupille médiocrement dilatée; papille enfoncée et battements de la veine centrale s'étendant au delà de la papille elle-même, dans une veine qui passe au devant d'une large tache triangulaire rosée, appliquée par sa base à la marge papillaire. Dans cet œil l'atrophie du pigment choroïdien est moins avancée, les gros vais-

seaux de la choroïde sont rouges et non point jaunâtres comme dans l'autre œil; vue limitée à la perception de la lumière dans toute l'étendue du champ visuel, sauf pour les objets placés au côté externe où il peut encore compter les doigts.

Traitement. — On ordonne, pour tout le temps de son séjour, un purgatif chaque deux jours, et un gramme d'iodure de potassium par jour.

16 *octobre.* — Paracentèse aux deux yeux; une évacuation, humeur aqueuse presque nulle à droite, moins abondante qu'à l'état normal à gauche.

17. — Pas de changement, une évacuation.

18. — De l'œil gauche il voit l'ombre de la main promenée devant l'œil, évacuation.

19 *et* 20. — Evacuations.

21. — Il distingue la main de l'œil gauche dans toutes les directions; à droite la pupille s'est un peu resserrée; dans les deux yeux humeur aqueuse plus abondante; évacuation.

21, 22 *et* 23. — Evacuations.

24. — Le malade distingue les doigts avec l'œil droit: de l'œil gauche il commence à épeler quelques lettres; évacuation.

26, 27, 29, 30 *octobre*, 1er, 2, 4, 5, 6 *et* 7 *novembre.* — Evacuations; amélioration progressive.

10. — Le malade voit la figure de l'opérateur avec l'œil droit; de l'œil gauche il lit bien les caractères moyens de l'échelle avec une lentille.

Dans les deux yeux la dureté du bulbe a diminué, la chambre a augmenté de dimension, les battements des vaisseaux de la papille ont disparu; l'enfoncement de la papille est égal à droite.

Au reste, pas d'autres changements à droite; à gauche, la tache péri-papillaire est tout à fait blanche, luisante, se confondant insensiblement à sa périphérie avec le reste du fond de l'œil. Les gros vaisseaux choroïdiens sont bien moins rouges, à rebords plus saillants. Deux petites taches hémorrhagiques sur le trajet d'un vaisseau rétinien en bas de la papille.

16. — Il a toujours quelques légers éblouissements vers le matin, dans les deux yeux; la vue n'a pas amélioré. Paracentèse et évacuation aux deux yeux, continuées les 17, 18, 19, 21, 23 et 25.

30. — Les éblouissements n'ont pas reparu. Le malade lit avec les lentilles N° — 14 les caractères N° 5 de l'échelle. L'œil droit n'a rien gagné; on propose l'iridectomie dans cet œil, mais le malade, satisfait de son état, sort le 6 décembre. L'examen ophthalmoscopique donne un résultat semblable à celui du 10 novembre; cependant, on ne voit plus de traces des petits points hémorrhagiques et les papilles sont moins enfoncées. Notons toutefois que ce dernier examen n'a été fait qu'à l'image renversée et sans dilater les pupilles.

XXIX.

Staphylôme postérieur très grave, ancien et progressif. — Choroïdite grave. — Abolition presque complète de la vue. — Evacuations. — Guérison de la choroïdite. — Diminution de la myopie. — Retour complet de la vue. — Changements remarquables dans la choroïde.

Paul P., 50 ans, d'Asti, ex-militaire, adonné aux boissons alcooliques, entre le 22 août 1861.

L'œil droit est atrophié complètement depuis 10 ans, à la suite d'une violente ophthalmie qu'il eût après suite d'une pneumonie pour laquelle il avait été saignée 10 fois.

Depuis la même époque la vue diminua très sensiblement dans l'œil gauche. De temps en temps il souffrait de névralgies qui duraient cinq ou six jours et disparaissaient spontanément ou au moyen de quelques purgatifs, mais qui produisaient chaque fois un amoindrissement de la vue. Lorsque ces névralgies ne revenaient qu'à intervalles éloignés, de deux ou trois mois par exemple, la vue améliorait un peu pendant cet intervalle. Depuis deux ans la vue a tellement baissé qu'il ne pouvait plus écrire; pour lire quelques lignes des journaux il était obligé de regarder de très près. La vue était bientôt presque éteinte lorsqu'il voulait se forcer à lire quelques instants. Depuis un an il a dû complètement abandonner la lecture; depuis quelques mois il peut à peine se conduire lui-même, et le soir il ne peut déjà plus apercevoir les réverbères.

Etat actuel. — Très grande sensibilité à la lumière; il voit les traits de la face de très près; il ne peut distinguer aucune lettre des caractères d'impression; les lentilles ne modifient pas la vue; chambre antérieure un peu moins grande qu'à l'état normal; pupille immobile et un peu élargie; œil dur; milieux de l'œil transparents; vaisseaux de la papille dilatés, nombreux, s'anastomosant sur la papille même; veines et artères bien marquées, sur toute la rétine; le fond de l'œil est très rouge, sauf en bas où il est plus rosé, d'un rouge moins foncé. Au-dessus de la papille il y a deux petites taches noires sur la choroïde; dans toute l'extension de la choroïde, sauf autour de la papille et en bas, on peut apercevoir les traces des gros vaisseaux choroïdiens. Autour de la papille, surtout à l'externe en bas et en haut, la choroïde a pris une couleur rose uniforme un peu verdâtre, formant comme une tache étendue de forme irrégulière. En bas le fond de l'œil de couleur rouge uniforme ne laisse voir distinctement qu'une assez vaste tache noire de pigment, et les vaisseaux de la rétine qui sont moins visibles qu'ailleurs à cause du fond moins foncé sur lequel ils reposent.

22 *août.* — Paracentèse; évacuations de l'humeur aqueuse le matin et le soir; humeur aqueuse assez abondante, un peu trouble.

23. — Le malade dit y voir un peu mieux; une évacuation, un purgatif salin.

24. — Amélioration plus prononcée de la vue, les objets sont vus plus distinctement, toujours d'assez près; une évacuation le matin; douche oculaire le soir.

25, 26 *et* 27. — Evacuations et douche oculaire *ut supra.* Amélioration progressive.

28. — Le malade lit avec une lentille (N° — 5) le N° 8 de l'échelle à six pouces.

29, 30, 31 *août,* 1er, 2 *septembre.* — Evacuations; douche oculaire.

3. — Le malade lit le N° 5 de l'échelle avec une lentille (N° — 16) à six pouces et sans lunettes de très près les mêmes caractères. Du 3 au 10, on fait six évacuations; douches oculaires; deux purgatifs. Le 16, jour de sa sortie, le malade lit sans lunette le N° 1 de l'échelle, mais il y a toujours un peu d'intolérance de la lumière; le champ visuel est intact dans toute sa largeur.

Le fond de l'œil présente un aspect bien différent; dans

toute la partie inférieure la choroïde semble complètement atrophiée, le fond de l'œil est d'un blanc rose, ce n'est qu'à la périphérie de ce vaste espace comme dénudé de la sclérotique, qu'on aperçoit quelques vaisseaux de la choroïde. Les vaisseaux de la rétine sont partout très visibles; autour de la papille toute la tache verdâtre a pris un aspect d'un blanc miroitant nacré, limitée au dehors par un bourrelet irrégulier de pigment, et une forme d'un trois-quart de lune autour de la papille. Dans les autres parties la choroïde est moins rouge; les vaisseaux de la choroïde sont suivis plus facilement dans leur parcours. Quant aux taches de pigment, elles n'ont pas changé d'aspect.

XXX.

Amaurose complète dans l'œil droit, très avancée dans le gauche; suite de saignées. — Congestion de la choroïde. — Anémie de la papille. — Evacuations. — Irido-encleisis. — Amélioration. — Rechute. — Nouvelles évacuations. — Guérison avec diminution de la presbytie.

Marie R., âgée de 26 ans, entrée le 13 avril 1861.

Un certificat d'un médecin, en date du 7 avril, est ainsi conçu: vers la fin de février, elle eut une forte synoque rhumatismale, pour laquelle on fit neuf saignées et remèdes internes indiqués, puis des applications de vésicatoires, etc. Dix jours après, pendant la convalescence il se fit une métastase sur les deux nerfs optiques, qui peu à peu les paralysa avec cécité presque complète.

Elle est chlorotique, très affaiblie; les yeux sont de dureté normale. Les sclérotiques blanches bleuâtres comme dans la chlorose. Les chambres antérieures sont diminuées. L'iris est porté en avant. Pupilles un peu dilatées et immobiles.

Papilles d'un blanc mat et rétine normale, mais tout le fond de l'œil un peu pâle et voilé. On voit les vaisseaux choroïdiens bien prononcés, d'un rouge foncé à travers le pigment choroïdien. Vaisseaux de la rétine un peu atrophiés à droite.

Vue abolie complètement à droite: à gauche elle voit la main sans compter les doigts.

Paracentèse deux fois par jour, du 13 avril au 7 mai. — Iodure de potassium 0,50 cent. par jour à l'intérieur.

Chaque jour et peu à peu la quantité de l'humeur aqueuse augmente, surtout à gauche. A la première évacuation il en sortit à peine deux gouttes. En même temps l'iris paraissait s'éloigner un peu de la cornée, la pupille devenait mobile. Elle comptait les doigts de l'œil gauche le 7 mai. Elle voit la lumière en dedans de l'œil droit 1861.

9 *mai.* — Irido-encleisis en bas dans les deux yeux. Pendant la nuit l'iris rentre à droite et reprend sa forme et position. A gauche elle reste bien enclavée.

10. — Elle dit mieux voir de l'œil gauche.

13. — Elle voit la face de l'opérateur avec l'œil gauche à deux pas de distance; elle ne voit aucun petit objet.

La vue resta à ce point.

On refit la paracentèse le 17, le 18, le 19 aux deux yeux.

Elle sortit le 23 voyant une aiguille à 20 centimètres. Après l'opération d'iridoencleisis, elle ne voyait les objets distincts que s'ils étaient très loin. Après les dernières paracentèses sa vue s'est raccourcie et éclaircie, dit-elle.

L'état de sa santé a amélioré. On lui ordonna de continuer l'iodure de potassium, qui ne fut jamais abandonné pendant tout le traitement.

Dans l'œil gauche on voit bien le fond de l'œil sans le nuage de la rétine qui le voilait. Les gros vaisseaux de la choroïde moins rouges sont même très visibles.

A droite aucun changement. La malade dit voir la main placée du côté du nez.

XXXI.

Congestion rétino-choroïdienne par sympathie de l'autre œil. — Guérison par deux séances d'évacuations.

Joseph B., âgé de 15 ans, de Barge, entre le 13 novembre 1860, sort le 28 février 1861.

Il a dans l'œil droit une hydropisie sous-choroïdienne; l'Ob-

servation intéressante par l'analyse de l'épanchement, et l'innocuité des paracentèses par la sclérotique, sera publiée ailleurs. Depuis deux ans la vue de l'œil gauche se fatigue avec la plus grande facilité. Il voit à peine pour lire. Les lentilles ne modifient pas la vue. Les veines de la papille sont dilatées, artères normales, couleur rouge foncée de la choroïde, surtout à l'équateur; deux séances d'évacuations de l'humeur aqueuse, le 15 novembre et le 28 décembre 1860. La vue est redevenue normale. La couleur de la choroïde est moins rouge, veines rétiniennes moins engorgées. La guérison ne se démeut pas, quoique dix mois plus tard l'œil droit dût être exporté à cause des progrès du mal.

XXXII.

Amaurose glaucomateuse complète dans l'œil droit et glaucome commençant dans le gauche.

Vincent P., âgé de 57 ans, de Mirabella, entre le 16 février 1860 et sort le 6 mars 1860.

Iridectomie dans l'œil droit avec amélioration très peu prononcée; deux séances d'évacuations répétées de l'humeur aqueuse dans l'œil gauche, avec amélioration très peu prononcée.

Il rentre du 11 au 24 mars 1860 dans le même état. Trois séances d'évacuations répétées dans les deux yeux. Il sort parfaitement guéri de l'œil gauche; pas d'amélioration dans l'œil droit.

XXXIII.

Amaurose cérébrale, avec symptômes de choroïdite et d'atrophie des vaisseaux rétiniens. — Traitement général. — Evacuations. — Diminution de la choroïdite. — Arrêt complet de l'amaurose. — Sans amélioration de la vue.

Louis G., âgé de 44 ans, cocher, natif de Vérone, entre le 7 juillet 1861.

Depuis six ans il a toujours souffert de jaunisse d'abord, puis

de rhumathisme au genou pour lequel on le saigna quatorze fois, puis l'année dernière, de vertiges avec perte de connaissance; il fut alors saigné quatorze fois. Cette dernière maladie le laissa très faible et il eut pendant sa convalescence de fréquentes convulsions. Pendant la maladie elle-même, après huit ou dix saignées, il s'aperçut que la vue baissait rapidement dans l'œil droit. Depuis lors, la vue baissa toujours progressivement; de temps en temps la vue s'obscurcissait davantage, dans les intervalles il voyait un peu mieux. Un mois après, la vue s'abaissait de la même manière aussi dans l'œil gauche. En même temps, il voyait beaucoup mieux les objets éloignés. Dès le mois de décembre dernier, il voyait bien les voitures, à quarante pas, mais si elles se rapprochaient, il ne les voyait plus que confusément. Il ne peut donner de détail sur les progrès de l'amaurose dans chaque œil, pris séparément. Il disait que l'œil gauche voyait mieux le matin que le soir. Il était sujet à des migraines. Il a été soigné par l'oméopathie, puis avec des vésicatoires qui parurent procurer une légère amélioration.

Etat actuel.—Très affaibli, il marche avec peine; iris bruns; pupilles normales, yeux plutôt durs, surtout le droit. Dans l'œil droit le champ visuel est limité en bas et en dedans à voir très confusément bouger les doigts. Il ne les voit pas s'ils sont immobiles. Pour les objets situés en haut et en dehors pas de sensation, pas même d'une lumière éclairée. Il voit mieux le mouvement des doigts à 40 ou 30 centimètres, que très près.

De l'œil gauche, il distingue de 10 à 40 centimètres si la main est large ou fermée, quand elle est placée en face de l'œil et bien éclairée; mais pour la voir il doit la fixer un instant; il voit le mouvement de la main qui écrit, à 40 centimètres, mais après s'être reposé un instant, après avoir tâtonné. Aucune lentille ne corrige la vue. En plaçant une montre à 15 centimètres à peu près, il n'en voit que la forme ronde, et lorsqu'on tourne un doigt autour d'elle, il lui paraît d'apercevoir quelque mouvement.

Dans l'œil droit la papille est limitée par un fort bourrelet de pigment. Elle est blanche et grise, un peu luisante, avec peu de vaisseaux cependant de calibre normal; les espaces vasculaires des gros vaisseaux choroïdiens sont très marqués à travers le pigment très brun. Les vaisseaux sont dilatés, on suit bien les

veines de la rétine qui sont variqueuses. La rétine est tout à fait transparente.

Dans le gauche on voit les mêmes choses. La papille est cependant un peu plus grisâtre, la rétine n'offre rien d'anormal qu'un peu de varicosité de la veine supérieure externe; les gros vaisseaux de la choroïde très larges et très rouges, presque bruns.

10 *juillet.* — Paracentèse. Il sort assez d'humeur aqueuse; la migraine qu'il avait à ce moment cessa de suite.

11 *et* 12. — La chambre antérieure paraît presque plus grande, la pupille qui avait été très dilatée par l'atropine, est redevenue comme avant et mobile; il dit voir plus distinctement, et les objets moins ombrés qu'auparavant.

Il prend de l'émétique; le soir il voit la barbe de l'opérateur.

13. — La migraine n'a pas reparu, il a les yeux plus libres, l'humeur aqueuse d'abondance ordinaire sort à jet quand on y introduit le stylet.

14. — Œil toujours plus libre, plus de migraine; il lui paraît de voir plus clair.

17. — On cesse la paracentèse; il se plaint de gagner peu pour la vue, les douleurs de tête ont disparus.

20. — Il se déclare l'iritis dans l'œil droit; atropine, calomel; guérison de l'iritis le lendemain.

25. — Vaisseaux choroïdiens plus petits, mieux marqués, moins foncés; du reste id.

28. — Paracentèse; humeur discrètement abondante.

29 *et* 30. — Id., yeux moins pesants, rien quant à la vue.

Evacuations continuées une fois par jour jusqu'au 10; mieux le matin seulement. Depuis le 10, évacuations deux fois par jour; le mieux est plus sensible encore; la quantité de l'humeur aqueuse n'augmente pas; la vue, qui est meilleure le matin seulement, l'est cependant un peu plus longtemps.

20 *août.* — On continue la paracentèse; mieux de même genre et très lent.

30. — Mieux; chaque matin la vue dure plus longtemps; ils se conduit lui-même dans la chambre et au dehors à l'ombre, mais pas au soleil.

XXXIV.

Choroïdite. — Congestion de la rétine. — Diminution très considérable de la vue. — Copiopie. — Asthénopie aux deux yeux. — Evacuations. — Guérison complète.

Antoine L., âgé de 19 ans, garçon cafetier à Turin, natif de Padoue, entre le 6 novembre 1861.

Il a fait la campagne de l'Italie méridionale en 1860 avec Garibaldi, et déjà à la suite de marches forcées à la pluie ou au soleil, il s'aperçut que sa vue se troublait très fortement par instants.

Ces accidents parurent s'arrêter lorsqu'il eut repris une profession plus tranquille; mais depuis trois mois il souffre fréquemment de névralgies frontales du côté gauche, et d'éblouissement de la vue passager d'abord et continu depuis un mois. Le diagnostic registré au Dispensaire le 4 octobre est : congestion de la choroïde, très prononcée dans les deux yeux: il a pris inutilement pendant 10 jours gr. 0,05 d'émétique en lavage chaque jour, et ensuite des pilules d'aloès et jalap; l'affection fait chaque jour des progrès.

Etat actuel. — Il ne peut lire de l'œil gauche. L'œil droit lit les caractères moyens. Les lentilles N° + 16 améliorent un peu, mais très peu la vue; yeux durs; chambres antérieures petites; pupilles immobiles, un peu élargies à gauche; hypérémie de la papille aux deux yeux; veines rétiniennes fortement injectées à gauche; couleur rouge brun des choroïdes; à gauche la congestion choroïdienne est plus prononcée, comme par zônes dont les centrales sont les plus altérées.

6 *novembre.* — Paracentèse; une évacuation aux deux yeux; peu d'humeur aqueuse.

7. — Amélioration prononcée; évacuation de l'humeur aqueuse le matin, douche froide oculaire le soir.

8. — Evacuation; purgatif.

9, 10, 11, 12, 14, 15. — Evacuations; amélioration progressive.

16. — La vue est tout à fait normale dans l'œil gauche. L'œil droit ne lit encore qu'avec peine les numéros les plus fins. Le fond

de l'œil est tout à fait normal, sauf le reflet verdâtre qui est égal. Les pupilles mobiles; chambres antérieures de dimensions normales.

Evacuations continuées, à l'œil gauche seulement, jusqu'au 19; il lit de cet œil les plus fins caractères sans fatigue.

Il sort le 20. On lui ordonne des pilules d'aloès et iodure de potassium, bains froids sur les yeux.

Il se présente le 5 janvier 1862. La vue n'a jamais faibli. Le reflet verdâtre du pigment choroïdien péri-papillaire a disparu.

XXXV.

Amaurose glaucomateuse aux deux yeux. — Congestion de la choroïde. — Diminution considérable de la vue. — Evacuations. — Guérison complète. — Récidive légère. — Prompte guérison par de nouvelles évacuations.

Marguerite F., ouvrière en lingerie, âgée de 18 ans, de Turin, entre le 30 novembre 1861.

Depuis 6 mois elle souffrait d'asthénopie, lorsqu'il y a deux mois elle dut abandonner complètement ses occupations; un nuage toujours plus dense couvrait tous les objets qu'elle voulait voir. Depuis cette époque elle ne pouvait plus lire. Menstruée très irrégulièrement depuis un an, le flux menstruel n'a plus reparu depuis cinq mois.

Etat actuel. — Photophobie légère; elle ne peut plus lire aucun caractère, elle voit assez pour se conduire et distinguer les gros objets.

Yeux un peu durs; sclérotiques très bombées, tendues et bleuâtres en avant; chambres antérieures rétrécies; pupilles un peu plus larges et immobiles; *à droite*, la papille est très injectée; vaisseaux de la rétine renflés; battement de la veine centrale sur la papille; reflet verdâtre du pigment choroïdien, autour de la papille; pigment un peu irrégulièrement disposé dans toute l'étendue du fond de l'œil, surtout vers les zônes concentriques. Les gros vaisseaux de la choroïde très dilatés et très rouges à la périphérie; fond de l'œil d'un rouge brun.

A gauche même aspect du fond de l'œil, moins le battement

de la veine centrale de la papille que l'on n'aperçoit qu'après un examen prolongé et répété par plusieurs personnes.

30 *novembre*. - Paracentèse; évacuation.

1er *décembre*. — Même état; évacuation, l'humeur aqueuse est plus abondante.

2. — La malade accuse un léger degré d'amélioration; évacuation; l'humeur aqueuse est en quantité normale. Un purgatif; on ordonne des pilules de fer et aloès en continuation.

3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 *et* 14. — Une évacuation chaque jour. Amélioration progressive et rapide de la vue.

15. — La malade lit couramment des deux yeux les caractères moyens; un examen prolongé et répété à l'ophthalmoscope fait reparaître le battement de la veine centrale dans l'œil droit; un purgatif.

17, 18, 19, 20 *et* 21. — Evacuations; la vue est tout à fait normale.

22. — Injection rétinienne et choroïdienne, disposition du pigment choroïdien ne présentant plus aucun aspect anormal, sauf le reflet bleuâtre du pigment péri-papillaire, qui n'est pourtant plus aussi tranché ni aussi vif.

28. — Le flux menstruel reparaît, mais pendant quelques heures seulement; un purgatif, les 28 et 29; la vue baisse un peu.

3 *janvier* 1862. — La malade ne lit plus les caractères les plus fins. L'iris s'est de nouveau rapproché de la cornée dans les deux yeux; paracentèse et évacuations (une par jour) les 3, 4, 5 et 6; retour complet de la vue.

Depuis ce jour, la malade prend chaque jour une douche oculaire froide.

26. — Menstruation abondante.

5 *février* — La malade sort. Elle coud plusieurs heures chaque jour sans souffrir et cela depuis 15 jours; la couleur verdâtre du pigment des régions voisines aux papilles s'est changée en couleur cendrée piquetée.

XXXVI.

Choroïdite grave avec macération généralisée et disparition, en quelques points, du pigment. — Ectasie péri-papillaire de l'œil droit; choroïdite avec macération du pigment de l'œil gauche. — Amblyopie très avancée. — Amélioration sensible dans l'œil gauche par des évacuations de l'humeur aqueuse, répétées plusieurs fois dans chaque séance. — Amélioration de l'œil droit et des ectasies par des évacuations répétées plusieurs fois pendant trois jours consécutifs. — Régularisation du pigment déplacé.

Egidio G., 31 ans, de Savone, entré le 4 juillet 1860 à l'hôpital ophthalmologique de Turin, tailleur de profession, ayant joui d'une excellente santé jusqu'en 1847, eut alors une pneumonie grave pour laquelle on lui fit douze saignées et quelques applications de sangsues. De 1850 à 1859, il voyagea en Espagne et en France. Chaque voyage sur mer occasionnait des expectorations sanguines assez abondantes et nombreuses, qui ne cessaient qu'après quelques semaines de repos sous un climat tempéré; il abusait à l'excès des plaisirs sexuels. Dès 1854, il fut sujet à des diarrhées fréquentes et peu opiniâtres et fut affecté, dès lors, de varices aux jambes avec varicocèle volumineux. Huit ou dix fois par année, il avait des maux de tête avec pesanteur et vertiges qui cédaient à de légers purgatifs, mais qui, chaque fois, étaient suivis de diminution de la portée de la vue, jusque-là très bonne. Peu à peu il se déclara, outre la myopie, une amblyopie légère et progressive. En 1856 il ne pouvait plus coudre, et se bornait à couper les vêtements. Sa santé, en général, n'avait pas souffert. En septembre 1859, il s'aperçut qu'il avait des pertes séminales nocturnes sans érections ni sensations, et au milieu du sommeil, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir de fréquents rapports sexuels avec sa femme dont il avait été séparé pendant dix ans. Il ne se souvient pas d'avoir eu des pertes seminales avant cette époque; seulement, deux gonorrhées qu'il eut en 1854 et en 1857 avaient été suivies de goutte militaire tenace et correspondant à une augmentation des maux

de tête. En novembre 1859, il eut à l'œil droit une ophthalmie intense avec gonflement et injection de la conjonctive, larmoiement, douleurs intra-orbitaires aiguës et symptômes de congestion cérébrale. On lui appliqua plusieurs fois des sangsues, on administra du calomel à l'intérieur, et l'on fit des applications d'extrait de belladonne sur le front. L'appétit ne cessa jamais d'être excellent, mais la santé se détériorait rapidement. Lorsque les symptômes aigus eurent disparu, la cécité était complète dans l'œil droit, et la vue tellement affaiblie dans le gauche, qu'il ne pouvait plus diriger ses pas. Il avait quelques améliorations légères de la vue et de l'état général qui paraissaient de temps en temps arrêter pour quelques jours la marche toujours progressive de l'amaurose. Depuis le mois de février 1860, il n'a plus fait aucun traitement.

Etat actuel. — Amaigrissement général, soupirs fréquents, respiration entrecoupée, tremblement général et légère incertitude des mouvements, corps incliné en avant, yeux un peu plus durs qu'à l'état normal, pupilles contractées et peu mobiles, cornées non aplaties, iris brun foncé uniforme sans stries, injection péricornéale et sous-conjonctivale peu étendue, aspect bleuâtre de la sclérotique, cécité complète de l'œil droit : l'œil gauche voit les mouvements d'une bougie et un peu les ombres; aucune photophobie.

Traitement et marche de la maladie. — *4 juillet.* — Tartre stibié 0,10 grammes en potion.

5. — Paracentèse aux deux yeux (trois évac.), humeur aqueuse abondante, un peu trouble; la reproduction n'en est pas très prompte; légère amélioration de la vue de l'œil gauche, au dire du malade, mais que nous ne pouvons apprécier; la sensation de la tension et la douleur oculaire ont cessé; la pupille se laisse mieux dilater et permet l'examen.

Examen ophthalmoscopique, image renversée. — *Œil droit* : Le fond en est d'un rouge très foncé dans toute son étendue; tout le pigment de la choroïde, de couleur brun café est disposé irrégulièrement, déplacé comme dans la macération avancée, et fendillé. La papille a sa grandeur normale, est bien limitée, avec des vaisseaux un peu variqueux à sa partie inférieure et avec une tache d'un blanc de perle rosé, de forme semi-lunaire, traversée par deux vaisseaux coronaires un peu recourbés et limitée par

une ligne plus foncée de pigment. La grandeur représente, relativement à la papille, un quart de lune. Dans la région de la *macula lutea*, il y a une tache d'un blanc éclatant, assez bien limitée par un cercle de pigment, et autour de ce cercle on voit quelques taches plus foncées de pigment d'un brun-café, en forme d'îlots irréguliers et très petits. Au milieu de la tache il y a un petit point noir de pigment. Immédiatement au dessous se trouve une autre tache blanche, ronde aussi, traversée par un vaisseau rétinien bien net, distinct, et offrant une inflexion en coude; les alentours de cette tache présentent aussi quelques îlots de pigments. Les deux taches, d'un blanc éclatant, sont de la grandeur de la papille à peu près. Aucune trace d'exsudat ni d'hémorrhagie de la choroïde et de la rétine. Les milieux réfringents sont transparents; il y a sur la face antérieure du cristallin un très-petit dépôt de pigment laissé par l'iris. — *Œil gauche:* Même rougeur du fond de l'œil, même état de macération du pigment, sans ectasies ni dénudation de la sclérotique. L'examen à l'image droite a été fait pour tous les détails. Les yeux restèrent plus mous pendant vingt-quatre heures à peu près.

8 *juillet.* — On essaya des douches froides qui ne furent pas supportées; traitement fortifiant, bonne nourriture, exercice modéré.

10. — L'amélioration de la vue a persisté et a même un peu augmenté; paracentèse (trois evac.). Les yeux, redevenus durs comme auparavant, restent plus mous pendant vingt-quatre heures.

17. — L'amélioration persiste. L'œil droit pourtant, quoique devenu et resté moins dur, comme le gauche, avec la pupille un peu moins resserrée, n'a rien gagné quant à la vue. Le malade distingue de l'autre le contour d'un tableau de 50 à 60 centimètres carrés; paracentèse (trois évac.). L'humeur aqueuse paraît se reproduire un peu plus rapidement et est liquide.

18. — Amélioration légère. L'examen ophthalmoscopique fait voir que la congestion choroïdienne a beaucoup diminué dans les deux yeux. Du reste, l'aspect du fond de l'œil est le même et l'état général du malade n'a pas changé. Il a un peu de diarrhée, qu'on arrête par des boissons acidulées.

21, 22 et 23. — Paracentèse répétée trois fois par jour, dans les deux yeux, et par la même ouverture. La vue, pendant ce temps, est confuse, ne sait saisir aucun détail; mais le malade

assure acquérir chaque jour une perception plus grande de la lumière, même dans l'œil droit.

24. — Les yeux sont mous; la vue est comme les jours précédents.

25. — Yeux de dureté normale. L'œil droit voit les mouvements d'une bougie. Le gauche lit difficilement, et lettre par lettre, le numéro 24 de l'échelle. Il voit le numéro de son lit.

29. — L'œil droit voit l'ombre de la main et des doigts.

Examen ophthalmoscopique. — *Œil gauche*: Fond de l'œil presque normal, sauf le pigment qui est toujours, mais bien moins déplacé. — *Œil droit:* Les vaisseaux coronaires ont leur calibre normal. L'ectasie peri-papillaire a pris une couleur vert-bouteille et les vaisseaux serpentent au-dessus comme avant. Le pigment n'est plus aggloméré à sa périphérie. Les dénudations de la sclérotique ne se reconnaissent plus que par une couleur un peu moins foncée que le reste de la choroïde, et par des lignes, des fentes irrégulières de couleur blanche comme l'étaient les taches. Les îlots de pigment ont disparu. On ne voit aucun exsudat, aucune trace d'hémorrhagie sur la rétine ni sur la choroïde. On voit seulement en dehors de la papille un petit dépôt de pigment noirâtre à contours irréguliers. La tache de pigment qui existait sur la face antérieure du cristallin a disparu. Les pollutions n'ont pas cessé et ont lieu au moins une fois tous les deux jours, la nuit ou en allant à la selle. L'état général s'est peu amélioré; on l'envoie à la campagne en prescrivant un traitement interne, mais il revient, le 5 août, pour une ophthalmie granuleuse aux deux yeux. Les lignes blanches qui existaient encore sur le lieu occupé par les taches ont disparu, le pigment en général est plus régulièrement disposé, il l'est très régulièrement sur les lieux qui étaient dénudés et dont on reconnaît encore la place par une couleur un peu moins foncée du pigment. On dirait, dans cette région, que ce dernier s'est étendu sur les taches en laissant aussi un peu plus claires les régions voisines. La tache inférieure est parcourue par des vaisseaux de la rétine. La vue s'est même un peu améliorée malgré l'ophthalmie granuleuse; l'œil droit distingue le nez, la barbe, les yeux des personnes à 50 ou 60 centimètres. Le gauche lit un peu mieux les derniers numéros de l'échelle.

ARTICLE TROISIÈME

Asthénopies — Mydriasis.

Ce que nous venons de voir dans les Observations qui précèdent devait naturellement conduire à étudier l'action des évacuations de l'humeur aqueuse dans une classe de maladies à laquelle on a peut-être voulu donner trop d'importance comme entité morbide, car, bien probablement, elle n'est qu'une forme ou un premier degré de la congestion de la choroïde dans laquelle il est bien rare qu'on n'ait pas à observer cette inertie de l'accommodation, surtout dans ses premières périodes. Telle est du moins l'interprétation que les causes mêmes et la marche de l'affection avaient rendu depuis longtemps comme la plus généralement acceptée. Dans l'asthénopie, outre l'excès d'exercice de la vue, cause prochaine la plus fréquente et la plus immédiate, on observe ordinairement d'autres conditions générales de l'organisme prédisposant aux congestions de la choroïde, dont on ne peut toujours à l'ophthalmoscope reconnaître d'abord l'existence (les deux yeux étant également affectés à la fois), mais qui souvent devient bien évidente après sa guérison. Les vortex de l'équateur et surtout les antérieurs se montrant moins dilatés, moins rouges après la guérison, permettent ordinairement d'admettre comme cause de l'asthénopie la compression des vaisseaux sur les nerfs ciliaires qui président plus particulièrement à l'accommodation. Quoiqu'il en soit: que ce défaut de contraction des appareils internes de l'accommodation soit observé à la suite d'un exercice immodéré seul de la vue,

que l'organisme lui-même ait été plus ou moins gravement altéré par une longue maladie ou par d'autres causes persistantes de dyscrasie, l'effet est toujours le même. Peu d'évacuations d'humeur aqueuse suffisent pour rétablir les dimensions de la chambre antérieure, les mouvements de l'iris, et pour effacer jour par jour la presbytie. Les Observations, qu'il n'est point ici nécessaire de multiplier pour une affection aussi connue, ont été choisies surtout parmi celles qui avaient été plus spécialement rebelles aux moyens ordinaires. Aujourd'hui, lorsque le repos, les douches oculaires, les révulsifs intestinaux, et surtout l'émétique en lavage sont impuissants ou agissent lentement, je recours à ces petits et simples pansements, qui, dans ces affections surtout, ne peuvent être d'aucun danger.

Les récidives ne sont pas rares, surtout lorsque les conditions de l'organisme ne sont pas encore complètement revenues à l'état normal. Cependant l'expérience semble avoir bien démontré que ces récidives sont moins fréquentes, lorsque la guérison a été obtenue par ce moyen. Les évacuations de l'humeur aqueuse ont pour effet non seulement de décongestionner la choroïde, mais aussi de régulariser, d'activer normalement la circulation; c'est ce que sembleraient indiquer quelques cas rares, où cette congestion choroïdienne n'avait pu nullement être constatée, et dans lesquels l'amélioration ne s'est pas démentie. Chez ces malades il y avait une absolue impossibilité d'accommodation pour les objets rapprochés, même après un long repos de la vue, et le rapprochement vers l'œil de la limite myopique avait été un peu plus long à obtenir : ces faits se rapprochaient plus d'une presbytie par simple défaut de contraction qui reparut peu à peu, presque sans alternatives, sans qu'on put, par conséquent, l'attribuer à congestion de la choroïde.

L'effet des évacuations n'a pas dû être divers dans les quelques Observations de mydriasis que nous voulons citer, quoique leur résultat n'ait pas été satisfaisant. On obtient ordinairement une amélioration très légère, qui bientôt ne fait plus de progrès. Ici l'activité imprimée à la circulation est la cause la plus probable de cet effet. Du reste, disons-le, cet effet fut surtout prononcé dans les cas où la congestion passive des vaisseaux choroïdiens paraissait associée à la paralysie prononcée de la troisième paire. Cet effet ne fut pas moins prononcé alors même que cette paralysie s'étendait aux rameaux nerveux des muscles externes; mais alors de petites hémorrhagies, probablement passives, par défaut de pression interne, ne permettraient pas d'interpréter la diminution légère de la mydriase autrement que par l'augmentation de l'activité de la circulation, surtout si on met ces faits en regard de quelques autres où une atrophie commençante du bulbe a pu être arrêtée par ce même moyen.

Il serait inutile d'ajouter ici que les évacuations de l'humeur aqueuse ont un effet bien plus prononcé lorsque l'asthénopie est bien manifestement l'effet de désordres dans la circulation choroïdienne, soit dans ses parties antérieures, soit dans ses parties plus profondes. Il serait superflu en outre d'attirer l'attention sur les résultats qu'on peut, en tous cas, en obtenir contre les effets fréquents de cette asthénopie, contre les complications que cette affection, simple d'abord, peut apporter dans la rétine, dans la choroïde: pour moi, je le répète, je préfère considérer l'asthénopie comme n'étant ordinairement que le point de départ, le symptôme initial des glaucomes, des congestions choroïdiennes.

OBSERVATIONS

XXXVII.

Asthénopie très ancienne due à l'existence d'un tænia. — Traitement long et varié antérieur. — Evacuations. — Amélioration très notable. — Expulsion d'une partie du tænia.

J. B., 44 ans, de Bra, marchand ambulant, entre le 11 juin 1862 et sort le 30.

Tempérament sanguin, sujet depuis l'âge de 40 ans à conjonctivite catarrhale qu'il avait l'habitude de combattre et guérir avec de simples collyres astringents. Au mois de octobre dernier sa vue baissa considérablement : depuis lors il ne pouvait plus voir aucun objet, sinon à une distance assez grande, et tout lui paraissait voilé par un nuage. Le matin et le soir, la vue est presque normale; nyctalopie.

Il n'eut jamais d'autres malaises; il prit inutilement de nombreuses purgations; au mois de mai et jusqu'à cette époque il fut reçu dans un autre hôpital où on fit, dans l'œil gauche, dix évacuations de l'humeur aqueuse, et où on le purgea fort; ce traitement ne fut suivi d'aucun résultat.

Il se présente le 8; il se trouve dans l'état que nous venons de mentionner; on voit, au côté externe de la cornée, la trace de la plaie cornéale; la pupille est légèrement étirée vers la plaie, et l'iris présente une petite cicatrice dans son centre, probablement suite d'une ponction de cette membrane. Chambres antérieures moins amples, yeux un peu durs, pupilles peu mobiles, de dimensions normales, pas d'injection. Milieux transparents; veines de la rétine plus grosses proportionnellement aux artères qui ont conservé leur calibre normale. Choroïde d'un rouge uniforme dans toute son étendue; les gros vortex de l'é-

quateur sont très marqués, mais comme repliés sur eux-mêmes, multipliés et très rouges.

Le matin et le soir l'aspect de l'œil ne change pas; la vue n'est pas améliorée à l'ombre pendant le jour. Le N° + 20 améliore très peu la vue pour les objets rapprochés; les autres numéros rendent la vue plus trouble; il ne peut lire aucun caractère.

9 *et* 10. — Il prend cinq centigrammes d'émétique en lavage sans résultat.

11. — Evacuation aux deux yeux; peu d'humeur aqueuse; deux centigrammes d'émétique.

12. — Un peu plus d'humeur aqueuse; le malade peut lire, à un mètre, un règlement imprimé en gros caractères à la porte de sa salle; deux centigrammes d'émétique.

13. — La vue améliore très sensiblement; l'humeur aqueuse est abondante; évacuation.

14. — Le malade a rendu un morceau de tænia long 20 centimètres; il y a 20 ans, il en a déjà rendu des morceaux; depuis lors il n'en a plus aperçu de traces; évacuation; on administre le koussò sans résultat.

15. — Le malade voit et lit des caractères gros avec plus de facilité; la chambre antérieure est plus grande.

25. — Sortie; le malade lit le N° 15 sans lunettes; le fond des yeux est moins rouge; les vortex, moins rouges, sont bien suivis dans leurs trajets; ils sont réguliers.

XXXVIII.

Asthénopie. — Congestion de la choroïde. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Mlle R. G., âgée de 24 ans, de Turin, entre le 8 avril, sort le 12 juin 1862.

Dysménorrhée depuis un an; elle emploit deux ou trois heures par jour à des travaux de couture. Depuis un mois et demi, elle ne peut plus coudre plus de quelques minutes de suite, sans que sa vue ne se trouble au point de ne plus voir le linge sur lequel elle travaille. L'affection avait paru se modifier avan-

tageusement après huit ou dix jours de repos, par des bains froids fréquents sur les yeux; mais un travail prolongé pendant quelques heures détruisit tout le résultat obtenu. Depuis dix jours elle ne peut tenir l'aiguille, ni lire plus de quelques minutes; elle est obligée d'éloigner peu à peu son ouvrage des yeux, et bientôt elle ne peut plus voir, même à distance, des objets quoique assez volumineux; tous les objets sont vus troubles, à travers un nuage.

Aujourd'hui, après cinq jours de repos, elle lit de gros caractères, et avec peine, à 11 centimètres de distance. Le N° + 16 à droite, le N° + 14 à gauche ramène la limite rapprochée de la vision distincte à 10 centimètres.

Chambres antérieures petites; pupilles de dimensions normales et peu mobiles; pupilles se dilatant lentement par les instillations d'atropine; yeux un peu durs, vaisseaux de la rétine à l'état normal. Peut-être les veines sont elles un peu dilatées par rapport aux artères; pigment péri-papillaire de couleur foncée, un peu irisé; les gros vortex à l'équateur sont très rouges, très dilatés.

Applications glacées, douches oculaires, émétique en lavage jusqu'au 16, c'est à dire pendant huit jours. La pupille s'est bien resserrée et peut-être un peu plus mobile qu'auparavant. Du reste, pas de changement quant à la vue; évacuations de l'humeur aqueuse les 16, 17, 18, 19 et 20.

Chaque jour l'humeur aqueuse paraît augmenter de quantité; le malade l'observe elle même.

16 *et* 17. — La vue parut bien plus trouble qu'avant.

19. — Elle lisait à 10 centimètres avec des lentilles + 24.

21. — Elle lit une demi page sans fatigue et sans lentilles à distance normale le N° 1.

27. — Elle a ses époques peu abondantes; on ordonne un purgatif après leur cessation; jusqu'au 30 pas de changement; la malade travaille au moins deux heures par jour à coudre.

1er *mai.* — La vue se trouble de nouveau.

3. — La vue est comme au moment de son entrée; une évacuation.

3, 4, 5 *et* 6. — Cessation complète de l'asthénopie; elle travaille sans fatigue; la guérison se maintient.

On ordonne des pilules de fer et de sulfate de chinine, pour

combattre la chlorose accompagnée de quelques névralgies faciales.

Les époques reviennent le 1er juin et sont peu abondantes; nouvelle recrudescence de l'asthénopie, moins forte qu'auparavant.

On ordonne trois purgations, puis de l'émétique.

7. — Il n'y avait pas d'amélioration; évacuations le 7, 8 et 9; guérison. La chambre antérieure, de nouveau diminuée, a repris ses dimensions normales.

La pupille est dilatée le 11; les vortex paraissent encore rouges, mais mieux limités, moins colorés qu'au premier examen. La pupille se rétrécit assez vite dès le lendemain. Elle va passer quelques jours à la campagne.

XXXIX.

Asthénopie, phléboïdésis de la choroïde. — Evacuation de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Thérèse R., couturière, de Rivoli, âgée de 18 ans, entre le 1er décembre 1860.

Chlorose, dysménorrhée depuis un mois; éblouissement de la vue depuis un an, devenant toujours plus fréquent, à la suite de la fatigue de la vue. Elle ne peut plus lire; elle distingue très bien les objets éloignés.

Yeux un peu durs; chambres antérieures diminuées de dimensions; pupilles très peu mobiles, sclérotiques tendues en avant, bleuâtres; couleur rouge du fond de l'œil.

On ordonne pour tout le cours du traitement : pilules de sous-carbonate de fer, seigle ergoté et extrait aqueux d'aloès, de chacune 2 centigrammes par jour.

2 *décembre.* — Paracentèse; quatre évacuations dans la même séance.

5. — Amélioration; même traitement.

9. — La malade lit sans lunettes les Nos moyens; les chambres antérieures ont repris leurs dimensions.

12, 16 *et* 18. — Séances d'évacuations; amélioration progressive

20. — La vue est tout à fait normale dans les deux yeux; le fond de l'œil est moins rouge; sclérotiques beaucoup moins bleuâtres en avant.

La malade sort le 1er février 1861. La guérison n'est pas démentie; elle coud plusieurs heures de suite chaque jour.

Le traitement général a amené le retour régulier de la menstruation. Les sclérotiques ont pris une couleur blanche.

XL.

Asthénopie. — Evacuations. — Guérison.

R. B., âgée de 57 ans, de Bonneval, province de Tarentaise (Savoie), entre le 15 juin 1860.

Couturière, jouissant d'une bonne santé, elle éprouve depuis deux mois une lassitude dans la vue: après quelques instants de travail assidu, elle doit éloigner peu à peu son travail et ensuite elle doit forcément laisser son ouvrage, dans les premières semaines pour quelques instants, maintenant pour plusieurs heures.

Elle vient demander si on saurait lui indiquer un N° de lunettes approprié à sa vue. L'iris est un peu porté en avant, le fond de l'œil n'offre rien autre d'anormal qu'un peu d'augmentation peut-être de volume des veines.

21. — Paracentèse (quatre évacuations), très peu d'humeur aqueuse dans les deux yeux.

22. — Par la même ouverture on fait sortir l'humeur aqueuse (une fois) le matin et le soir.

23. — Elle sort. Elle y voit distinctement comme lorsqu'elle s'est reposée pendant longtemps.

5 *juillet.* — Elle entre de nouveau. Elle a travaillé depuis sa sortie sans avoir éprouvé aucune fatigue; on lui fait la paracentèse, le 5 matin (trois évacuations), le 5 au soir et le 6 au matin (une évacuation); l'humeur aqueuse est bien plus abondante.

7. — Elle sort; on voit que la chambre antérieure a augmenté visiblement de dimension. On ordonne des pilules purgatives, du repos, l'air de la campagne.

XLI.

Asthénopie. — Hypérémie de la rétine. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Bongino J., 29 ans, couturière, de Turin, entre le 1er septembre à l'hôpital Cottolengo et en sort le 22 septembre 1861.

Depuis trois mois elle ne peut supporter la lecture et elle ne peut fixer les objets de sa profession plus de quelques heures, sans éprouver des douleurs légères dans l'orbite, et même des nausées; depuis trois semaines elle ne peut travailler; elle prend depuis cette époque chaque jour cinq centigrammes d'émétique en lavage le matin, et depuis huit jours des pilules purgatives (aloès et jalap); elle ne peut lire aucun caractère, sinon les plus gros et confusément à grande distance.

Le N° + 20 permet la lecture à 10 pouces, pendant peu d'instants seulement, des caractères moyens. Hypérémie légère des vaisseaux de la rétine, surtout vers la papille; les vortex sont très dessinés à l'équateur. L'examen donne le même résultat dans les deux yeux.

Evacuations pendant six jours (une par jour); elle peut lire à 10 ou 12 pouces sans lunettes des caractères un peu gros.

On reprend les évacuations après deux jours de repos et on les continue jusqu'à la sortie. La vue est tout à fait normale; la malade a pris quatre purgatifs salins pendant son séjour.

L'hypérémie de la rétine a disparu et elle supporte bien un long examen; les gros vortex paraissent avoir diminué de volume et sont moins rouges à l'équateur. Ce dernier examen ophthalmoscopique a été fait cinq jours après sa sortie, dans l'œil gauche, et après avoir dilaté artificiellement la pupille.

XLII.

Congestion de la choroïde dans l'œil gauche. — Asthénopie. — Exorbitisme léger. — Evacuations. — Guérison.

Mlle Diana C., âgée de 18 ans, sans profession, de Millesimo, entre le 15 février 1860, sort le 29 mars 1860.

Elle a déjà été soignée au mois de décembre dernier par trois évacuations de l'humeur aqueuse, et avec succès. Récidive depuis huit jours, à la suite de lectures prolongées; elle lit avec peine; œil gauche plus proéminent que le droit et plus dur, avec congestion de la choroïde dans cet œil. Trois séances d'évacuations multiples, guérison complète; œil gauche moins proéminent.

Elle entre du 5 au 6 juillet 1860 pour récidive légère sans exorbitisme; il y un peu d'asthénopie avec presbytie corrigée pour quelques instants par les lentilles convexes.

20. — Une séance d'évacuations multiples; la guérison ne s'est pas démentie jusqu'au mois de novembre même année; elle était irrégulièrement menstruée; la fonction s'est rétablie depuis son dernier séjour par l'usage du fer.

XLIII.

Asthénopie ancienne devenue très grave, à la suite de fatigue exagérée de la vue et peut-être aussi d'un empoisonnement par la digitale. — Emétique. — Aucun résultat. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète. — Légère récidive un mois après. — Guérison par les évacuations. — Guérison définitive depuis 17 mois.

Mme M., de Bordeaux, tailleuse, habitant Turin, âgée de 37 ans, souffre depuis deux ans d'éblouissements de la vue, qui pendant longtemps furent tout à fait passagers et disparaissaient au bout de quelques minutes de repos. Depuis trois mois ces éblouisse-

ments reparaissent plus fréquemment; il y a cinq semaines, elle prit par erreur une infusion de feuilles de digitale très concentrée. Deux heures après elle avait des vertiges continuels, crampes à l'estomac, efforts de vomissement, névralgies frontales, et plus tard délire, hallucinations, dilatation énorme des pupilles, et sa vie, en grave danger, n'est sauvée qu'au moyen d'émétique qui provoqua des vomissements nombreux, et ensuite, d'excitants énergiques: café, vin, opium à la dose d'un gramme par jour pendant trois jours; cinq jours après l'accident, il ne restait d'autre trace de la maladie qu'une faiblesse assez grande et un peu de dilatation de la pupille. Dix jours après, Mme M. reprenait ses occupations très nombreuses à cette époque, mais elle ne peut que faire des points de couture plus gros.

Depuis dix jours, les éblouissements ont reparu et cette fois très fréquents. Depuis deux jours elle ne voit plus pour coudre.

5 *mars* 1861. — Elle voit bien les personnes qui passent dans la rue, mais elle peut à peine distinguer les traits d'une personne à trois pas; avec les verres N° + 7 elle lit bien les caractères Nos 5 et 6 de l'échelle; mais si elle lit quelques lignes seulement de suite, un brouillard très dense s'étend au devant de ses yeux, et aucune lentille ne peut plus corriger ce défaut de vue; j'ordonne émétique à 0,10 en lavage; pas d'amélioration; même prescription.

6. — Egalement sans résultat.

7. — Pupilles presque immobiles, les chambres antérieures ont beaucoup diminué de dimensions. Pas d'altérations profondes, sauf que les vortex à l'équateur sont très rouges, très larges; paracentèse; évacuation aux deux yeux.

8, 9, 10 *et* 11 — Evacuations (une par jour). Amélioration progressive et rapide.

12. — Les chambres antérieures ont repris leurs dimensions normales; les vortex moins rouges, moins larges; elle lit sans fatigue les Nos 4, 3, 2 et 1, de l'échelle de Jaeger.

14. — Le flux menstruel est peu abondant; pas de rechute.

Elle reprend ses occupations et travaille du matin au soir sans fatigue; pansement sur la matrice pour combattre une hypertrophie de cet organe avec granulations.

16 *avril*. — Menstruation abondante qui dure deux jours.

19. — Eblouissement léger depuis cinq jours, lorsqu'elle tra-

vaille plus de quelques heures; évacuations (une par jour) les 19, 20 et 21; guérison définitive.

Mme M. se décide à ne travailler que pendant quelques heures chaque jour. Elle n'a plus eu de récidive jusqu'ici (septembre 1862); le flux menstruel est régulier. (*Observ. du docteur Reymond.*)

XLIV.

Asthénopie. — Congestion de la rétine et de la choroïde. — Emétique pendant 10 jours sans succès. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison de l'asthénopie aux deux yeux. — Guérison complète à droite. — Guérison presque complète des symptômes de la congestion de la rétine à droite.

Jean Baptiste B., ouvrier tailleur, abitant à Turin, natif de Frossasco, entre le 21 novembre 1860.

Depuis un an il ne peut continuer son travail plus de quelques heures, sans éprouver des éblouissements de la vue qui devinrent chaque jour plus fréquents; depuis un mois la vue s'est obscurcie dans les deux yeux d'une façon continuelle et il ne peut plus travailler; il lit cependant avec assez de difficulté, avec les lentilles + 16; mais il voit, même avec les lunettes, les lettres comme au travers d'un nuage épais; il prend inutilement de l'émétique en lavage depuis 10 jours (0,05 par jour).

Veines rétiniennes très dilatées en proportion des artères qui ont conservé leur volume normal. En dilatant fortement la pupille droite, on voit que les vortex sont très rouges, très larges; chambres antérieures petites.

Evacuations le 21, 22, 23, 24 et 25; l'humeur aqueuse augmente chaque jour; il coud sans lunettes comme avant le commencement de sa maladie. Dans l'œil gauche il y a encore un léger nuage qui fatigue un peu la vue; veines de la rétine moins dilatées. Vortex de la choroïde moins rouges; il reprend ses occupations; il prend chaque jour quatre pilules de iodure de potassium et aloès.

XLV.

Mydriasis dans un œil. — Diminution de la vue dans l'autre, probablement par congestion de la choroïde. — Evacuations avec succès dans l'œil non affecté de mydriasis. — Très légère amélioration du mydriasis et disparition d'opacités très fines du corps vitré. — Cautérisation selon la méthode de M. Serrés, seigle ergoté à l'intérieur. — Guérison.

Raphaël N., de Sarnò (Naples), âgé de 44 ans, entre le 1er septembre 1860.

Il se présente avec la feuille de présence du Dispensaire de M. Desmarres. Le diagnostic est mydriasis récent dans l'œil gauche, et le traitement, iodure de potassium à l'intérieur et frictions ammoniacales autour de l'orbite. Dans l'œil droit la pupille n'est pas dilatée, mais elle est presque immobile; la vue a tellement baissé qu'il peut à peine lire. Dans l'œil gauche la pupille est excessivement dilatée, et le malade peut lire très bien quand il regarde au travers d'une feuille de papier perforée d'un trou capillaire; pas d'altérations profondes, sauf que le fond de l'œil est d'un rouge rose, plus pâle du côté gauche, et qu'on aperçoit vers le fond du corps vitré de très petits grains opaques nageants.

1er *au 7 septembre.* — Evacuations de l'humeur aqueuse (deux par jour). La vue est redevenue tout à fait normale à droite; à gauche la pupille s'est resserrée de moitié à peu près dès le premier jour, mais depuis lors elle est restée dans le même état; on ne voit plus de corps nageant dans le corps vitré. Même différence de coloration du fond de l'œil; on ne continua plus les évacuations même dans l'œil gauche qui était devenu un peu douloureux; on ordonne du seigle ergoté en poudre, trois, puis quatre grammes par jour, jusqu'au 27 septembre. On toucha alors la sclérotique en quatre points près de la cornée avec un crayon acuminé de nitrate d'argent; il y eut une réaction fort vive dès le soir, chémosis qu'on combattit par des applications glacées; la pupille qui s'était rétrécie pendant la cautérisation elle-même, s'élargit encore un

peu, mais revint au bout de quelques jours à son état normal; le malade a continué à prendre les paquets de seigle ergoté. La vue, le 27 octobre, était très bonne des deux yeux; le malade vu par moi à Naples, en mai 1862, n'a plus souffert.

XLVI.

Amaurose cérébro-spinale. — Atrophie progressive de la papille optique. — Hypérémie des vaisseaux de la papille. — Mydriasis. — Evacuations. — Guérison de la mydriasis et de l'hypérémie papillaire. — Amélioration très légère de la vue par un traitement général.

Père Thomas F., âgé de 51 ans, de Serravalle, entre le 24 septembre 1860.

Depuis le mois de mars dernier, la vue faiblit assez rapidement et progressivement dans les deux yeux à la fois; il a des douleurs continuelles à la nuque et à l'occiput ;tremblement léger des mains, sensibilité et force musculaire conservées; face pâle, faiblesse assez grande causée par le traitement antérieur: quelques saignées et des purgatifs fréquents; mydriasis très fort dans les deux yeux; hypérémie des vaisseaux de la papille, couleur d'un rose tendre de toute la choroïde, sauf en avant où la couleur est plus rouge; le pigment rare permet de suivre les capillaires de la choroïde assez injectés; on ne voit pourtant qu'avec peine les gros vaisseaux.

Evacuations de l'humeur aqueuse du 24 au 30. Le mydriasis a disparu; les pupilles sont tout à fait mobiles; l'injection papillaire a fait place à une diminution considérable du calibre des vaisseaux papillaires et rétiniens; aspect perlé de la papille. Du reste pas de changements. Un traitement long fait avec des ferrugineux à l'intérieur, douches froides générales et locales, vésicatoires à la nuque causèrent une très légère amélioration de la vue et un peu d'amélioration de la constitution.

ARTICLE QUATRIÈME

Héméralopie.

Depuis longtemps déjà je traite les héméralopies par les évacuations répétées de l'humeur aqueuse lorsque l'affection ne cède pas facilement aux moyens ordinaires. Je me limite à publier les faits suivants qui suffiront à donner une idée de la rapidité d'action de ce moyen. Je dois ajouter toutefois que l'ayant employé chez un individu âgé de 30 ans, affecté d'héméralopie héréditaire avec rétinite pigmentaire périphérique et limitation progressive du champ visuel, j'ai fait disparaître l'héméralopie et la congestion de la choroïde qui l'accompagnait; j'attends, pour publier ce fait, d'avoir pu l'examiner de nouveau et à diverses reprises, et d'avoir constaté si l'affection s'est définitivement arrêtée.

OBSERVATIONS

XLVII.

Héméralopie. — Congestion de la rétine et de la choroïde.

Dominique C., âgée de 15 ans, de Racconigi, ouvrière en broderie dans une maison de bienfaisance à Turin, entra le 16 août 1860.

Depuis le mois de mai elle ne voit plus assez pour se conduire après six heures du soir; la lumière artificielle est supportée très difficilement, et elle ne peut rien voir. On avait essayé le repos, quelques purgatifs, le repos prolongé dans un lieu obscur. Au mois dernier elle s'était présentée à la consultation, où M. Sperino lui avait conseillé des potions émétisées, qui bien que continuées, ne produisirent aucun effet. On donna de l'émétique (0, 10 par jour), on la tint à l'obscurité pendant deux jours; il n'y eut aucun changement. Les symptômes énoncés furent bien constatés. Rien d'anormal dans les yeux, sauf les pupilles un peu larges. L'ophthalmoscopie faite de jour n'indique qu'un peu de grossissement des vaisseaux coronaires veineux. Le soir il y a horreur de la lumière artificielle; pupilles très rétrécies.

28. — Paracentèse (trois évacuations), peu d'humeur aqueuse; le soir photophobie plus intense. Le 29, la photophobie est égale à celle qu'elle a eu la veille de l'opération.

1er *septembre.* — Il n'y a pas de changement. Paracentèse; évacuation continuée matin et soir jusqu'au 8; peu à peu, jour à jour la photophobie disparut au bout de trois jours; le 7, elle se promène dans les salles le soir. Dès le 5 la pupille n'était plus resserrée le soir à la lumière artificielle, ni dilatée de jour.

Elle sortit le 12 bien guérie.

Elle se représenta le 26 à la consultation. Elle a repris son travail, elle n'a plus ressenti aucune fatigue des yeux.

Elle n'avait constaté aucune altération de la vue pendant le jour, sauf peut-être un peu de fatigue après un travail prolongé.

Aucun autre traitement ne fut suivi. L'émétique fut cessé le 28.

XLVIII.

Héméralopie datant de quinze jours. — Inutilité du traitement à l'émétique. — Deux évacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète.

M. B., âgée de 18 ans, chlorotique affectée de dysménorrhée et affectée depuis 15 jours d'héméralopie avec cécité complète du soir au matin. (*Hôpital Cottolengo, service de M. Reymond.*)

12 *mai* 1862. — Emétique en lavage 0,05 par jour jusqu'au 20. Légère amélioration le 12 et 13.

21. — Paracentèse aux deux yeux; les pupilles, peu mobiles et très légèrement dilatées, se contractent immédiatement; peu d'humeur aqueuse.

Soir. — La malade dirige ses pas dans l'infirmerie, et voit la lumière du dortoir.

22. — Une évacuation aux deux yeux; humeur aqueuse abondante. Le soir elle ne ressent plus aucune difficulté à voir la lumière artificielle, et elle dirige ses pas dans la nuit complète.

On ordonne un traitement ferrugineux; pas de récidive quatre mois après.

XLIX.

Congestion de la choroïde. — Héméralopie et asthénopie très anciennes. — Trois évacuations. — Guérison complète.

Dominique B., âgé de 55 ans, campagnard, de Volpiano, entre le 2 septembre 1862.

Personne de sa famille n'a jamais souffert des yeux; il n'a jamais été malade. Depuis 10 ans, il s'aperçoit que lorsqu'il a travaillé au gros du soleil pendant plusieurs jours, il ne peut que difficilement diriger ses pas vers le soir et dans la nuit. L'héméralopie durait encore quelques jours après la cessation de ses travaux. Au printemps 1861, l'héméralopie, qui n'avait paru jusque là qu'en été, se déclara et depuis lors progressa au point

que depuis le coucher du soleil jusqu'à l'aube il est complètement aveugle. Pendant le jour, la vue est assez bonne, mais depuis deux ans déjà il est obligé de se servir de lentilles biconvexes N° 12, pour voir des objets un peu fins. Il y a six mois il eut la jaunisse, qui guérit au bout de peu de semaines par de légers purgatifs.

Etat actuel. — Cécité complète de nuit, même à la lumière artificielle; de jour les objets sont légèrement voilés, et pour voir les objets un peu petits, pour distinguer, par exemple, les caractères moyens (il ne sait pas lire), il a besoin de se servir des lentilles N° + 12; yeux un peu durs; chambres antérieures un peu diminuées de dimensions; pupilles mobiles; milieux de l'œil transparents; injection des papilles, surtout au côté interne; veines des papilles et des rétines un peu renflées; fond de l'œil d'un rouge brun très marqué; on ne peut suivre les gros vaisseaux de la choroïde qu'à la périphérie: au côté interne, en dedans de la papille, à gauche, on aperçoit deux petites taches de pigment noirâtres, sur un fond d'un rouge légèrement plus clair que le reste de la choroïde.

2 *septembre.* — Evacuation; le soir le malade se promène tout seul, soit à l'obscurité, soit à la lumière artificielle.

3. — Le malade voit plus clair les objets, il doit encore se servir de lunettes pour voir les petits objets; une évacuation; l'héméralopie n'a pas reparu.

4. — Il dit voir mieux de petits objets qu'il ne pouvait voir auparavant sans lunettes; veines de la rétine et de la papille moins grosses; on suit les gros vaisseaux de la choroïde moins rouges dans tout le fond de l'œil; les taches de pigment déposées à droite sur la choroïde sont vues plus distinctement; elles reposent sur un fond presque blanc. Le fond de l'œil est d'un rouge moins marqué; le pigment paraît plus régulièrement disposé dans toute l'étendue du fond de l'œil; pas d'évacuation.

5. — Hier soir il ne voyait plus tout à fait aussi bien à la lumière artificielle: ce matin il ne distingue plus aussi loin; évacuation.

6. — Vue de nouveau aussi bonne que le 3; évacuation. Le malade voit à la distance de 25 centimètres les gros caractères de l'échelle; évacuation.

8. — Le malade distingue le N° 4, à 10 centimètres; il sort.

ARTICLE CINQUIÈME

Désordres dans la circulation de la rétine. — Rétinite. — Exsudats sur la rétine et sur la choroïde.

Les considérations qui précèdent rendent tout à fait inutile d'étudier ici les phénomènes que l'on peut observer dans le traitement de ces affections par les évacuations de l'humeur aqueuse. Les désordres dans la circulation de la rétine ne sont presque jamais isolés, on pourrait presque les considérer comme une suite nécessaire de la congestion de la choroïde qui augmente la pression endo-oculaire et rend plus difficile la circulation rétinienne. L'affection est-elle plus isolée, le traitement, quoique peut-être un peu plus long, sera tout aussi efficace.

Quant aux exsudats sur la rétine, sur la choroïde, nous en avons réuni ici les Observations dans lesquelles l'action des évacuations répétées m'a paru la plus prononcée. Nous en retrouvons d'autres bien plus nombreuses encore, et le lecteur pourra facilement se faire une idée du parti qu'on peut en attendre. Ce que nous disons aux articles second et septième sur l'absorption des épanchements internes, peut être rapporté en grande partie ici.

OBSERVATIONS

L.

Congestion de la rétine et de la choroïde. — Diminution de transparence de la rétine. — Paracentèses. — Succès complet. — Iridectomie dans le droit pour synizèse et atrophie commençante. — Arrêt de l'atrophie.

Jeanne C., âgée de 21 ans, de Lamporo, entrée le 25 mai 1861. Habitant et travaillant à la campagne, peu menstruée, elle sentit sa vue baisser depuis trois ans, sans qu'elle puisse accuser ni myopie, ni presbytie. De temps à autre elle se sentait des obscurcissements, légers d'abord, fréquents ensuite et prolongés, surtout depuis quelques mois, dans l'œil droit; elle voit à peine pour diriger ses pas. Sclérotique un peu bleuâtre, pupille un peu dilatée ; la rétine paraît comme un miroir sur lequel on aurait très légèrement soufflé. Les veines coronaires sont dilatées, et par places un peu voilées, surtout en dedans; au-dessous de la rétine on ne peut distinguer les vaisseaux de la choroïde.

L'œil gauche est affecté depuis l'enfance de cécité complète, synixésis et pseudo-cataracte avec léger degré d'atrophie ; il existe le phosphène interne.

26 *mai.* — Iridectomie dans l'œil gauche du côté interne; à sa sortie la vue est nulle, mais la consistance du bulbe a bien augmenté; la sclérotique est moins bleue; dans l'œil droit paracentèses du 26 mai au 11 juin. Augmentation jour par jour de la vue, de la quantité de l'humeur aqueuse, des dimensions de la chambre antérieure et rétrécissement de la pupille. Sclérotique moins bleue; elle lit facilement à sa sortie les caractères les plus fins.

La rétine a repris toute sa transparence; on voit les veines choroïdiennes bien dessinées à travers le pigment noir brun; les veines coronaires sont moins dilatées. Elle sort le 13 juin.

LI.

Rétinite. — Congestion de la choroïde à forme glaucomateuse. — Evacuation par séances. — Guérison.

Biagio F., âgé de 24 ans, de Montechiaro d'Asti, entré le 8 mai 1860.

Paysan d'un tempérament bilieux, sanguin, sujet à des accès d'épilepsie depuis deux ans à la suite d'une grande frayeur, il habite dans une chambre où il y a toujours beaucoup de fumée. Depuis trois mois dans l'œil droit, et depuis quatre ans dans le gauche, il est sujet à de fréquents éblouissements de la vue qui, d'abord passagers, sont devenus continus. De l'œil droit il ne voit presque plus, il n'a presque pas d'autre sensation que celle de la lumière dans toute l'étendue du champ visuel; à gauche il distingue mal les gros objets, comme à travers un épais brouillard. Bulbes oculaires durs, pupilles dilatées, presqu'immobiles; pas de douleur, les cornées sont sensibles, les milieux sont transparents, mais le fond de l'œil réfléchit moins la lumière; il est rouge. On ne voit littéralement pas la papille dans l'œil gauche, on en distingue pas la place par l'origine des vaisseaux très dilatés: les veines sont variqueuses; dans l'œil droit la papille également presqu'invisible, et cependant plus distincte par la distension énorme des veines tortueuses et des artères très dilatées. Toute la rétine est couverte, près de la papille, d'une foule de vaisseaux gros et petits. Vers l'équateur on peut apercevoir les grosses veines de la choroïde; à l'examen (image droite) on voit bien l'aspect granuleux rouge des rétines, dont la gauche est peu transparente, fortement injectée, et la droite moins transparente encore.

8 *mai.* — Paracentèse (quatre évac.) dans les deux yeux; les pupilles se resserrent très visiblement, et dans les deux yeux la vision est plus distincte.

9. — Le malade voit à la distance de deux pas les contours d'un cadre. Dans l'œil gauche, la vue lui permet de lire quelque mot des numéros moyens; les pupilles sont étroites, très mobiles à la lumière.

11. — L'œil est examiné à l'ophthalmoscope. On ne peut faire

de recherches bien exactes, vu le rétrécissement presque exagéré de la pupille. Il y a peu de changement dans l'œil droit, mais dans l'œil gauche on voit les larges vaisseaux choroïdiens très prononcés à travers le pigment. Dans les deux yeux le fond de l'œil est plus clair et réfléchit plus de lumière.

On répète la paracentèse le 12 et le 17; chaque fois on observait une amélioration très prononcée de la vue dès le lendemain.

19. — L'œil gauche lit tous les caractères de l'échelle; l'œil droit épèle quelques grosses lettres.

On voit bien la papille avec son cercle externe dans l'œil gauche, mais encore injectée. Dans les deux yeux le fond de l'œil réfléchit plus de lumière, laisse voir les gros vaisseaux choroïdiens (moins à droite) et les vaisseaux de la rétine sont bien moins dilatés.

22. — Autre paracentèse aux deux yeux.

Il sort le 25 mai. Les pupilles sont très mobiles et sensibles, l'examen ophthalmoscopique ne dénote rien de nouveau, sauf que dans l'œil droit la rétine est peut-être un peu plus transparente, sans petits vaisseaux sur la papille, dont on commence à distinguer les contours, et dans l'œil gauche les gros vaisseaux choroïdiens paraissent moins dilatés et moins foncés en couleur.

Pendant le traitement on a donné quelques purgatifs, et de 25 à 50 centigrammes de iodure de potassium par jour depuis le 12 mai.

On ordonne de continuer l'iodure de potassium.

Il n'a eu aucun accès d'épilepsie pendant son séjour. Il est devenu plus gai qu'au moment de son entrée.

LII.

Rétinite lente avec exsudat de la rétine dans les deux yeux. — Evacuations. — Guérison complète.

Pierre L., capitaine d'infanterie, âgé de 51 ans, de Robbio, entre le 17 septembre 1860.

Il eut, après la campagne de Lombardie de 1859, un eczéma à

la face et à la tête; quelques bains d'une solution de deutochlorure de mercure firent disparaître très promptement l'affection. Mais depuis cette époque la vue baissa lentement dans les deux yeux, sans aucun temps d'arrêt dans les progrès du mal.

Etat actuel. — Il ne voit qu'à la lumière plutôt intense; dès le soir il ne voit plus, mais il peut diriger ses pas à la lumière artificielle très intense. Depuis deux mois il ne voit plus assez pour lire, mais il découvre bien de l'œil gauche les lettres des plus gros caractères. Il voit tous les objets comme au travers d'un voile dense. Yeux de consistance normale; pupilles mobiles; tout le fond de l'œil, dans les deux yeux, ressemble à une gaze fine étendue au devant de la choroïde. Les vaisseaux de la rétine sont noyés dans cette couche à moitié opaque. Toute la rétine, sauf tout à fait à l'équateur où l'on peut suivre les vortex, a parfaitement l'aspect de la planche N° 14, de l'œuvre de M. Jaeger, vers sa partie externe.

Traitement: Deux purgatifs les 17 et 20 septembre; évacuations de l'humeur aqueuse aux deux yeux (deux séances par jour dans une même séance) du 17 au 30 septembre, jour de sa sortie.

Guérison complète quant à la vue; l'examen ophthalmoscopique ne laisse plus apercevoir qu'un seul fait: un léger degré de varicosité dans les veines de la rétine à gauche; et en effet, quant à cet œil, le malade se plaignit le 10 octobre que la vue, du reste très bonne, ne pouvait supporter une lecture prolongée. Soigné quelques mois plus tard à l'hôpital militaire pour une autre affection, la vue n'a pas faibli.

LIII.

Congestion de la choroïde et de la rétine. — Rétinite avec diminution de transparence de cette membrane. — Altération très grave de la vue. — Evacuations.— Guérison complète dans un œil. — Presque complète dans l'autre œil.

Marie U., âgée de 45 ans, campagnarde de Giaveno, entre le 16 septembre 1861.

Depuis un an, à la suite de maux de tête qui durèrent quel-

ques jours, la vue s'affaiblit également dans les yeux avec éblouissements passagers plus prononcés. L'affection progressa lentement lorsqu'il y a un mois, la vue s'affaiblit très considérablement dans une nuit, à la suite d'un long travail au soleil, qui avait provoqué une forte céphalalgie. Depuis lors la vue resta dans cet état. Lorsqu'elle allait au soleil, la vue disparaissait presque complètement. Elle a pris des pilules de jalap et aloès sans résultat.

Etat actuel. — Pupilles dilatées, immobiles; chambres antérieures de dimensions beaucoup diminuées; les papilles sont couvertes de très petits vaisseaux au côté externe; au centre du pôle postérieur les rétines ont perdu de leur transparence dans une grande extension. Les vaisseaux rétiniens sont comme voilés par un brouillard. A l'image droite on voit que la rétine dans ces régions a l'aspect rayé, rougeâtre de la rétinite décrite par M. Jaeger. Au dehors de ces régions les choroïdes sont d'un rouge-brun, les gros vaisseaux choroïdiens d'un rouge très foncé. A gauche l'altération de la rétine est beaucoup plus étendue.

La malade voit à peine passer la main au devant de l'œil gauche. Les régions périphériques de la rétine sont un peu plus sensibles; à droite elle lit avec le N° + 5 les caractères moyens, en épelant chaque lettre et en imprimant à son œil des mouvements de rotation pour suivre la ligne.

Traitement: — Iodure de potassium un gramme par jour; purgatif deux fois par semaine pour toute la durée du traitement.

17 *septembre.* — Paracentèse; une évacuation aux deux yeux.

18. Pas d'amélioration; évacuation.

19, 20, 21. — L'humeur aqueuse a augmenté un peu; évac.

22. — La malade dit que hier elle a pu lire sans lunettes de gros caractères, et que dans les deux yeux la vue est plus claire.

23, 24, 25, 27, 28. — Evacuations.

1er *octobre.* — La malade lit couramment les numéros moyens de l'œil gauche, mais avec peine, parceque les objets sont voilés. Elle dit qu'elle peut regarder plus facilement, mais le nuage diminue lentement; de l'œil droit elle voit quelques lettres des gros caractères.

Du 1er *au* 15. — Treize évacuations (une par jour); amélioration progressive.

17. — La vue est tout à fait normale à gauche; à droite elle lit avec un peu de peine les numéros moyens; les pupilles sont

très rétrécies; dilatation avec l'atropine. Le fond de l'œil gauche est tout à fait normal; à droite la rétine est encore un peu moins transparente.

17, 18, 19, 20, 23, 24 et 25. — Evacuations à droite seulement.

26. — La vue est à peu près normale; l'œil droit lit les N° 4 sans lunettes.

Du 20 *au* 23. — On a suspendu l'évacuation pour une iritis très légère, qui céda à quelques instillations d'atropine faites coup sur coup.

7 *novembre.* — La malade sort. La guérison ne s'est pas démentie. A droite la rétine paraît encore un peu troublée; on n'a pas dilaté la pupille pour en faire l'examen.

LIV.

Congestion grave de la choroïde aux deux yeux. — Varicosité des veines de la rétine. — Cécité presque complète aux deux yeux. — Staphylôme antérieur de la sclérotique. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration. — Iritis dans un œil, guérie par des évacuations répétées coup sur coup. — Amélioration définitive de la vue très notable. — Evacuations un an plus tard — Amélioration plus prononcée encore.

Vincent P., âgé de 30 ans, militaire congédié depuis quelques mois, de Perugia, entre le 11 septembre 1860.

Depuis un an, à la suite de marches forcées au soleil, la vue diminua rapidement aux deux yeux, avec névralgies aiguës. Les douleurs cédèrent à un traitement antiphlogistique énergique, mais la vue n'améliora pas; elle baissa au contraire chaque jour, malgré des frictions de divers onguents aux tempes et au front.

Etat actuel. — Il ne voit plus pour diriger ses pas; de l'œil droit il voit passer la main, de l'œil gauche il compte les doigts placés en haut; yeux durs; pupilles peu mobiles; veines de la rétine très dilatées; fond de l'œil très rouge autour de la papille, reflet verdâtre du pigment; sclérotiques bleuâtres en avant; légère ectasie scléroticale en haut dans l'œil droit.

11 *septembre.* — Paracentèse; deux évacuations; peu d'humeur aqueuse aux deux yeux.

12. — Amélioration légère; une évacuation.

13. — Le malade accuse une douleur très forte dans l'œil droit; injection péricornéale; la pupille est très resserrée; purgatif; instillations coup sur coup d'atropine; six évacuations dans la journée à l'œil droit. Le soir les douleurs ont cessé.

14. — L'injection a beaucoup diminué; pas de douleur; on suspend les évacuations aux deux yeux.

17. — L'œil droit a perdu ce qu'il avait acquis quant à la vue; paracentèse; évacuations aux deux yeux, continuée le 18, 19 et 20.

21. — Douleur légère de l'œil droit. On suspend les évacuations; purgatif.

25. — Le malade voit quelques lettres des gros caractères de l'œil gauche. L'œil droit voit assez pour diriger ses pas; évacuation continuée chaque jour les 24, 25, 26, 27, 28, 30 et 1, 2, 4 et 6 octobre, avec amélioration progressive.

Il sort le 12 octobre; l'œil gauche lit avec un peu de difficulté quelques mots des numéros moyens de l'échelle et en se servant de lentilles N° + 5; à droite la vue a peu amélioré; il voit de petits objets, mais il ne peut distinguer aucune lettre. Le staphylôme de la sclérotique a disparu sans laisser de traces. Les sclérotiques sont blanches. Le fond de l'œil présente toujours dans les deux yeux une certaine dilatation des veines de la rétine, surtout dans le centre du pôle postérieur; le pigment choroïdien péri-papillaire a un reflet un peu moins verdâtre, il a pris une couleur un peu cendrée, granulée.

Il se représente le 2 décembre 1861. La vue s'est maintenue à peu près dans le même état, mais depuis 15 jours elle baisse un peu; il ne peut lire aucune lettre; le fond de l'œil ne présente plus de varicosités des veines de la rétine; le pigment autour de la papille a un reflet verdâtre; il y a congestion assez forte de la choroïde dans les deux yeux; yeux durs; chambres antérieures petites.

Evacuations du 3 au 15. La vue améliore au point qu'il li assez facilement les numéros moyens de l'œil gauche; à droite il lit quelques lettres des plus gros caractères; l'examen du fond de l'œil dénote une grande diminution du degré de la congestion choroïdienne; il sort le 19.

LV.

Amblyopie amaurotique avec congestion de la rétine et de la choroïde. — Exsudats, dépôts de pigment et petits points hémorrhagiques sur la rétine et la choroïde. — Diminution très considérable de la vue. — Evacuations par séances très nombreuses. — Guérison complète. — Rechute. — Guérison.

François C., âgé de 42 ans, négociant à Alexandrie, entra le 31 mai 1860.

La vue a toujours été bonne et n'a jamais été trop fatiguée. Sujet aux congestions cérébrales, il a le cou très court; il a été saigné très souvent et toujours abondamment. Au mois de mars dernier, il a eu une légère attaque d'apoplexie (nous dit-il), il perdit momentanément la connaissance, il fut saigné plusieurs fois. On lui fit alors trois applications de sangsues. La vue avait considérablement diminué à la suite des saignées et pendant l'avant dernière application de sangsues, la vue diminua très rapidement au point qu'il ne voyait plus aucun objet distinctement de l'œil droit et qu'il ne voyait que très confusément de l'œil gauche. Dans l'un et l'autre œil, il ne voyait que ce qui était placé très près de l'œil.

La vue continua lentement à s'obscurcir; aujourd'hui il voit de l'œil droit, comme à travers un brouillard épais, les objets situés à 20 ou 30 centimètres de l'œil. Il compte les doigts, il lit lettre par lettre, de 10 à 15 centimètres, quelques mots du N° 15 de l'échelle.

Dans l'œil gauche la vue est abolie complètement, en bas et en dehors du champ visuel. Il compte les doigts, mais avec peine, s'ils sont placés en dedans à 15 centimètres à peu près. La vue après l'exercice ou l'insolation disparaît presque complétement.

Les yeux sont proéminents, les pupilles peu mobiles et un peu dilatées. Les yeux sont de consistance normale; pas de douleurs.

Dans les deux yeux les milieux sont transparents, si l'on excepte un petit dépôt de pigment sur la cristalloïde antérieure gauche. Les papilles sont un peu blanches, veines et artères de calibre normal. Le fond des yeux est d'un rouge clair (le malade est blond).

Dans l'œil gauche, on voit en dedans et en haut, que la rétine a perdu sa transparence; elle est d'un blanc gris léger qui cache un peu la couleur rouge de la choroïde. Les vaisseaux de la rétine sont dans un point un peu dilatés, et en deux ou trois places il y a de petites taches rouges ou noires, touchant et cachant un peu les vaisseaux. Dans d'autres points de la rétine qui ne présentent pas de vaisseaux, on voit des taches noires (qui paraissent pigmenteuses). Soit autour de ces taches, soit autour des points hémorrhagiques, qui sont les uns et les autres plutôt rares, la rétine est plus blanche, réfléchissant moins la lumière.

2 *juin.* — Paracentèse (quatre évacuations) aux deux yeux; humeur aqueuse peu abondante; l'iris encore très dilatée se contracte.

3. — La vue a sensiblement amélioré dans les deux yeux. Dans l'œil gauche, la pupille est un peu dilatée encore et peu mobile.

5. — Paracentèse (quatre évacuations), humeur aqueuse toujours peu abondante à gauche; elle l'est bien plus cependant à droite.

6. — L'œil droit lit distinctement le N° 3, mais il y a myopie; il ne peut lire au delà de 15 centimètres.

14, 21 *et* 26. — Paracentèse dans l'œil droit seulement, qui peu à peu gagne aussi et à chaque évacuation; la quantité de l'humeur aqueuse augmentait.

24. — Il lit les caractères plus gros, mais en dehors et en bas; en face il compte bien les doigts, il ne peut lire cependant; évacuations continuées.

Il sort le 3 juillet; l'œil gauche voit comme s'il n'avait été malade. De l'œil droit il lit en face, en dedans et un peu en haut les caractères N° 12.

A droite, la papille paraît d'un blanc moins mat; on distingue bien le cercle grisâtre moyen; la choroïde est d'un rouge moins tranché.

A gauche, la pupille est aussi moins blanche, la rétine ne présente plus cet aspect terne qu'elle avait, sauf près des taches qui sont à peu près dans le même état.

Il a pris chaque jour 0,50 centigrammes d'iodure de potassium. L'état général du malade s'est bien amélioré, il a plus de forces; il faut bien noter cependant, que le lendemain des évacuations, la vue faisait un progrès visiblement dû à la paracentèse.

Il rentre le 22 juillet; les yeux sont durs; la vue a baissé dans les deux yeux, il voit tout comme à travers un nuage, il ne lit que difficilement de l'œil droit, il lit lettre par lettre les gros caractères de l'œil gauche; fond des yeux très rouge foncé, vaisseaux des papilles peu dilatés. Il n'y a plus aucune autre altération de la rétine.

On fit l'évacuation dans les deux yeux, répétée deux fois par jour, pendant 10 jours d'abord; puis 15 jours après, lorsque l'amélioration s'arrêta pendant 12 jours. L'humeur aqueuse augmentait en quantité et la vue améliorait. A sa sortie, le 1er septembre, il lit des deux yeux le N° 1, à 15 centimètres à peu près; la choroïde est d'un rouge moins foncé.

ARTICLE SIXIÈME

Décollement de la rétine. — Atrophies très étendues, graves de la choroïde.

Nous avons préféré réunir ici les Observations de décollement de la rétine publiées dans ce travail, quoique elles auraient dû, peut-être, être classées plutôt avec les diverses affections qui en avaient été le point de départ. Nous les réunissons parcequ'elles offrent quelques indications particulières, que nous ne devrons pas perdre de vue afin d'éviter les dangers que paraît présenter ce traitement dans les cas de lésions les plus graves des parties profondes de l'œil.

Le décollement de la rétine par un épanchement est ordinairement, on le sait, une des suites les plus graves des affections internes du bulbe. Nous ne parlons pas ici des décollements produits par une tumeur cancéreuse, affection contre laquelle on ne peut demander aux évacuations aucune ressource. La rétine est bien rarement soulevée par un liquide épanché derrière elle, si les membranes profondes n'ont souffert bien gravement déjà, et ne sont pas profondément altérées dans leur texture. Aussi ne sera-t-on pas étonné que cette opération, quoique ordinairement très simple, ne doive être cependant maniée ici qu'avec des précautions plus grandes.

Lorsque le décollement est total, que toute la rétine est devenue partout insensible aux impressions lumineuses on peut tout au plus recourir à la paracentèse répétée par la sclérotique pour provoquer l'atrophie du bulbe, sans espérer aucun résultat pour la vue qui, assez probablement, ne se rétablit pas dans les parties de la

rétine fortement décollées depuis quelque temps. Nous ne parlons de cette application de la paracentèse que pour attirer l'attention sur un fait assez important qui prouve que *l'œil de chat* est loin d'être toujours le résultat d'une dégénérescence cancéreuse.

Si le soulèvement de la rétine est produit par une hémorrhagie sous-rétinienne circonscripte, et même étendue, mais ne datant pas de longtemps, on peut non seulement arrêter la congestion de la choroïde sous la dépendance de laquelle s'est formée l'épanchement, mais aussi son absorption complète, et même le retour complet de la faculté visuelle dans la portion soulevée de la rétine.

Le soulèvement sanguin étendu que nous trouvons dans une des Observations que nous citons plus loin, diffère assez des décollements ordinaires sous le rapport du retour de la vue dans la portion décollée; l'Observation est importante pour le parti qu'on peut attendre de ce moyen dans les cas moins rares, où les hémorrhagies de ce genre sont moins étendues.

Quelle que soit l'étendue, le siége, et je dirais même l'ancienneté du décollement de la rétine ou de la rétine et de la choroïde à la fois, pourvu qu'il ne soit pas total et accompagné d'insensibilité de la rétine toute entière, on obtient ordinairement dès les premières évacuations une amélioration très sensible de la vue, proportionnée à la congestion : mais au bout de peu de jours on voit survenir ordinairement une assez grande intolérance, qui se manifeste par une grande sensibilité de l'œil soit à la lumière, soit à l'introduction du stylet. Quoique ces symptômes ne soient assez souvent que la répétition de recrudescences déjà observées dans le cours de l'affection, elles doivent mettre en garde le praticien. Nous ne parlons ici que des cas plus graves, où le décollement déjà ancien a envahi une grande étendue, parce que, comme nous pouvons le voir, l'intolérance n'est pas constante dans les cas moins graves. Si

on examine l'iris dans ces circonstances, on y trouve ordinairement les traces d'iritis antérieures, d'altérations anciennes de son pigment. L'humeur aqueuse est rarement limpide; elle est abondante et de la couleur du sérum du sang. Ce dernier signe surtout est le plus grave.

On voit quelquefois survenir un iritis qui, s'annonçant d'abord par un retrait en arrière de sa marge pupillaire, devient souvent des plus aigus avec tous les signes d'une choroïdo-iritis aiguë. Dans l'état d'acuité de l'iritis l'humeur aqueuse sort assez trouble et assez difficilement; les synéchies postérieures contractées par l'iris en permettent assez difficilement la sortie prompte et facile. Au milieu de ces signes qui paraissent indiquer que la détente du bulbe a permis l'augmentation de l'épanchement, ou une hémorrhagie dans le corps vitré que l'examen ophthalmoscopique a démontré dans quelques cas, on est étonné d'entendre les malades soutenir que la vue ne perd nullement ce qu'elle a acquis, ou au moins reste stationnaire, à moins que les symptômes de la choroïdo-iritis ne deviennent des plus graves.

On sait que l'iridectomie qui a été essayée dans ces altérations internes est suivie des mêmes accidents; je dirai même que ces accidents sont moins fréquents à la suite des évacuations de l'humeur aqueuse avec lesquelles on peut mieux régulariser le degré de distension du bulbe oculaire en ne vidant qu'incomplètement la chambre antérieure. Disons-le toutefois, il ne faut pas oublier qu'en face d'un accident aussi grave, on ne doit pas abandonner les évacuations, qui sont d'une ressource utile pour vaincre la choroïdo-iritis, et avec lesquelles on peut encore en arrêter les progrès. C'est là même une des faces les plus intéressantes de cette action des évacuations, et que nous aurons mieux encore l'occasion d'étudier dans les choroïdo-iritis consécutives aux opérations : de mettre un frein à l'inflammation traumatique aiguë interne de l'œil, de l'arrêter

même quelquefois dans les cas les plus désespérés, et d'empêcher ou vaincre la période exsudative, premier degré du phlegmon oculaire.

Il ne faudrait pas croire toutefois que ces accidents soient toujours à redouter. Dès que la sensibilité oculaire se manifeste, on suspend pour un jour ou deux les évacuations, qu'on a toujours soin de faire incomplètes: c'est-à-dire qu'on ne doit évacuer qu'à moitié ou aux deux tiers la chambre antérieure.

On voit quelquefois diminuer bien sensiblement la tumeur formée par la rétine soulevée. L'extension du champ visuel augmente, et quelquefois on peut observer que les parties plus périphériques, les moins soulevées, reprennent en partie leur sensibilité; mais ce qui explique mieux l'amélioration très sensible que les malades accusent d'une façon aussi nette, c'est la diminution de la congestion oculaire, des exsudats de la rétine, de la choroïde, du corps vitré, que l'on voit ordinairement se manifester dès les premières évacuations.

Ainsi, dans les décollements de la rétine, qu'ils puissent être diagnostiqués avec l'ophthalmoscope, ou qu'on puisse les soupçonner par les symptômes antécédents lorsque l'état de la pupille, du corps vitré, etc., ne permettent pas l'examen du fond de l'œil, on ne devra faire qu'en partie l'évacuation de l'humeur aqueuse, la suspendre même à la moindre réaction, redoubler d'attention dans les pansements consécutifs. Ces mêmes précautions nous ne devrons jamais les oublier dans les graves altérations profondes, et cela surtout lorsque les divers symptômes de l'affection indiquent une grave désorganisation interne : staphylômes postérieurs avec dénudations étendues de la sclérotique et accompagnées de signes d'iritis lentes ; irido-choroïdites lentes avec atrésie de la pupille et tremblement de l'iris qui, dans ces circonstances, est presque toujours le signe de décollements, de luxations du cristallin, ou au moins d'une

grave synchisis; exsudations, corps nageant dans le corps vitré, dénotant une tendance à la rupture des vaisseaux, à l'atrophie du bulbe oculaire.

Nous n'ajoutons rien quant aux graves et lentes altérations avec destruction étendue de la choroïde, aux luxations spontanées du cristallin etc., etc., dans lesquelles les évacuations de l'humeur aqueuse peuvent être de quelques secours pour arrêter les progrès d'un mal qu'on doit cependant ménager d'autant plus qu'arrivé à ce degré, il ne tarde pas à arriver de lui-même à ce résultat fâcheux. Nous n'avons pas à parler ici des modifications que ces insuccès ont dû naturellement imprimer au traitement que j'institue dans ces affections. Il suffisait d'indiquer ici le parti qu'on peut en tirer. Nous avons insisté surtout ici sur des accidents possibles, mais que l'on n'aura pas à redouter en suivant les précautions indiquées, ou en limitant l'emploi des évacuations au but de diminuer la congestion oculaire; or, la diminution de la congestion à la suite des évacuations n'est pas due à la détente oculaire, mais surtout au renouvellement de l'humeur aqueuse, à la suractivité et la régularisation imprimée à la circulation interne; action qui, nous le verrons, peut seule expliquer son effet dans quelques atrophies commençantes du bulbe et dont nous retrouverons des exemples dans des cas analogues à ceux que nous citons ici; il suffira donc d'évacuer en partie l'humeur aqueuse pour produire ce résultat. Nous devons noter que l'amélioration ne se limite pas à celle qu'on observe pendant la durée même du traitement. Le traitement général ordonné après la cessation des évacuations, les règles hygiéniques prescrites ont dès lors une action bien plus marquée et progressive; l'état congestif de la choroïde ne permettait pas leur effet jusque-là. L'absorption se fait ensuite comme lorsque par des moyens quelconques on est parvenu à arrêter les désordres de la circulation choroïdienne.

OBSERVATIONS

LVI.

Décollement de la rétine. — Evacuations. — Amélioration.

Jean B., âgé de 25 ans, de Saorgio, province de Nice maritime, entre le 18 du mois de juin 1860.

Il y a synizèsis, pseudo-cataracte dans l'œil droit; l'iris est brun, boursoufflé; il y a sensation de la lumière. La cécité date de six mois; la vue baissa peu à peu depuis un an; sensation de la lumière partout, sauf tout à fait en haut. Dans l'œil gauche il y a décollement vaste de toute la moitié inférieure de la rétine, de couleur jaunâtre avec fluctuation à l'éclairage de l'ophthalmoscope. En haut il y a rougeur très forte de la choroïde; le pigment est généralement un peu déplacé au devant des vaisseaux choroïdiens très rouges et peu distincts. Les objets ne sont que très mal perçus à travers un brouillard en bas seulement et après un grand instant de repos; toutes les lignes sont sinueuses. L'affection date de cinq mois; elle se déclara assez rapidement en peu de jours. Les deux yeux sont un peu durs.

17 *juin.* — Iridectomie dans l'œil droit et paracentèse (quatre évacuations) dans l'œil gauche; humeur aqueuse orangée comme dans le droit.

19. — Le malade voit un peu de l'œil droit, le gauche ne paraît pas avoir gagné.

25. — Le malade compte les doigts de l'œil droit; paracentèse aux deux yeux (quatre évacuations); humeur aqueuse limpide et plutôt abondante à droite; à gauche l'humeur aqueuse est encore de couleur rouge foncée.

30. — Le malade lit de l'œil droit; l'œil gauche voit plus vite, plus rapidement sans être obligé de se reposer aussi longtemps. Dans l'œil droit le malade dit que la paracentèse lui a donné plus de vue que l'iridectomie.

6 *et* 10 *juillet.* — Paracentèse dans l'œil gauche; la vue devient plus nette; il lui semble de voir un peu plus haut les objets dont il ne voyait que le tiers inférieur auparavant.

17. — L'examen ophthalmoscopique constate que les gros vaisseaux choroïdiens sont bien visibles à travers le pigment régulièrement disposé entre les espaces intervasculaires moins rouges. La partie décollée de la rétine paraît un peu moins jaune, plus blanche; on voit par instants la papille, mais le décollement n'a pas diminué d'étendue. Pour cet examen la pupille ne fut pas dilatée.

Il sort le 22 juillet. On a donné de l'iodure de potassium, un gramme par jour, depuis le 1er juillet; on lui ordonne de le continuer.

LVII.

Décollement de la rétine. — Evacuations. — Amélioration. — Intolérance des évacuations.

Sœur Thérèse C., âgée de 39 ans, de Milan, entre le 24 juin 1862.

Depuis un an la vue éprouvait de temps en temps des éblouissements légers et passagers; il y a un mois, elle s'aperçut le matin en s'éveillant que la vue avait presque complètement disparu dans l'œil gauche; peu menstruée, elle prenait depuis quelque temps des pilules de fer et d'aloès; elle fit de suite après l'accident une application de vingt sangsues aux vaisseaux hémorroïdaux, sans résultat pour la vue.

Pupille mobile; iris brun, œil de consistance normale, chambre antérieure un peu diminuée de dimension; aspect externe de l'œil, normal; la vue est abolie complètement dès que la bougie placée à sept ou huit centimètres devant l'œil dépasse en dedans une ligne dirigée presque par le centre de la cornée, de haut en bas et de dehors en dedans. Du reste, la vue est très obscurcie, incertaine dans toute la périphérie du champ visuel; elle peut lire quelques mots des caractères moyens à distance normale; elle voit les objets et les lignes tremblantes, moins ce-

pendant qu'au commencement de la maladie; il y a quelques légères sensations de mouches volantes. La pupille examinée devient tout à fait obscurcie par un corps à reflet noirâtre qui vient se placer derrière elle lorsque dans les mouvements de l'œil ou de l'observateur la partie supérieure est illuminée par l'ophthalmoscope. En dilatant la pupille très fortement on voit, à œil nu, une tache, un soulèvement gris foncé et uniforme de plus du tiers supérieur et externe de la surface interne de l'œil, à partir de la partie la plus antérieure jusqu'au centre du pôle postérieur. Cette tumeur immobile, sans ondulations, se voit fort bien en se plaçant sous certaine incidence de la lumière, en dehors surtout; on en voit bien jusqu'au fond les limites, mais on ne distingue rien sur la surface.

A l'ophthalmoscope tout ce soulèvement est de couleur noire, sauf à sa périphérie où il est limité par une zône de largeur inégale, de couleur blanche rosée et éclatante comme le sont quelques décollements légers de la rétine. On aperçoit les vaisseaux de la rétine en zig-zag sur cette zône, sensiblement élevée au-dessus du niveau des parties centrales du pôle postérieur où la choroïde est très fortement colorée en rouge ponceau, avec la couche pigmentaire comme rugueuse et irrégulière; vaisseaux de la papille très injectés, nombreux. En avant, toute la partie plus antérieure de la rétine, celle qui paraît correspondre à la zône ciliaire, est blanche comme œdématiée, et par places laisse apercevoir la couleur rouge de la choroïde.

25 *juin.* — Evacuations répétées chaque jour, en ayant la précaution de ne jamais vider complètement la chambre antérieure. L'humeur aqueuse jusqu'au 29 est un peu trouble, depuis lors elle est transparente; quand on a vidé la chambre antérieure, les limites du décollement et le décollement lui-même deviennent plus faciles à apercevoir. On fait des applications glacées pendant huit ou dix heures au moins; elle prend chaque jour quatre pilules de 5 centigrammes d'aloès et 10 d'iodure de potassium.

La vue, dès le 26, est moins obscurcie par le nuage. Chaque jour il y a amélioration plus sensible.

29 *au soir.* — Jour de repos, où l'on n'a pas fait d'évacuations, elle voit plus distinctement les caractères avec moins de fatigue à la lumière; pas de changement quant à l'extension du champ vi-

suel. La pupille ne s'est pas rétrécie depuis le 24, jour de sa dilatation. On n'a pas répété les instillations d'atropine.

30. — La pupille s'est un peu rétrécie; il y a douleur légère et un peu d'injection, surtout en haut et en dehors, sur la sclérotique au point correspondant au décollement; on suspend les évacuations. Le 30 juin et le 1er juillet la vue n'a pas diminué; elle distingue au-delà de la ligne moyenne, et dans les points auparavant encore sensibles la vue est bien plus nette. Elle a lu le 29 au soir une lettre qu'elle avait reçue; elle prend les pilules d'iodure de potassium ordonnées depuis l'entrée à l'hôpital.

5 *juillet.* — Elle nous dit qu'à mesure que la vue revenait plus nette, le tremblement de la vue en zig-zag reparut d'abord plus fortement et peu à peu diminua de nouveau à mesure que l'extension du champ visuel augmentait. On fait toujours sortir très peu d'humeur aqueuse; l'injection scléroticale dans le point correspondant au décollement n'a pas diminué.

7. — Il y a un peu d'intolérance; elle a souffert un peu de douleur dans l'œil. Du reste, la vue augmente; elle lit des caractères assez fins. Le champ visuel s'est étendu encore un peu du côté externe, on suspend les évacuations.

9. — Elle n'a plus souffert; une évacuation.

10. — Evacuations; elle a beaucoup souffert dans la journée; elle a dû mettre de la glace toute la journée. Le soir les douleurs ont disparu.

11. — Les douleurs ont reparu un peu; elle ne peut pas supporter longtemps la lumière; il y a un peu plus d'injection péri-cornéale et scléroticale, surtout au point correspondant au décollement; on suspend l'évacuation. Du reste, la vue a amélioré encore.

Le moment de ses menstrues est prochain, elle est souffrante, moins gaie qu'auparavant, ses digestions se font difficilement. Elle sort pour quelques jours le 11.

12 *matin.* — Elle se représente; il y a un chémosis péri-cornéal séreux assez prononcé, avec erysipèle de la paupière supérieure; pas de douleur; la vue n'a pas diminué. On fait une instillation d'atropine qui dilate bien la pupille; on voit à œil nu la pupille dans le même état qu'auparavant. Ses règles sont en retard; une application de sangsues à l'anus. Elle part le 16.

LVIII.

Hémorrhagie étendue sous-rétinienne avec décollement de la rétine. — Congestion de la choroïde. — Abolition presque complète de la sensibilité rétinienne dans le point décollé. — Evacuations. — Disparition de la congestion. — Absorption assez rapide de l'épanchement. — Retour de la sensibilité de la rétine.

Etienne T., étudiant, 21 ans, de Pallanza, entre le 26 novembre 1861.

Le 14 octobre, sans autre cause appréciable que quelques excès de vin faits les jours précedants, il s'éveilla ne voyant plus de l'œil gauche. D'un tempérament sanguin lymphatique, il jouit d'une excellente santé et ne ressent aucune douleur locale. L'affection est restée stationnaire. Il a pris inutilement quelques purgatifs; quelques vésicatoires volants et une application de sangsues aux procès mastoïdiens n'ont produit non plus aucune amélioration.

Etat actuel. — La vue au centre est presque tout à fait abolie dans une très grande extension (les deux tiers du champ visuel); il ne reste que la perception de la lumière. A la périphérie la vue, quoiqu'un peu troublée, est assez bonne pour que le malade puisse lire quelques lettres des caractères moyens; œil de consistance normale; chambre antérieure et pupille à l'état physiologique; léger degré de congestion choroïdienne dans toute la périphérie, les vortex sont doublés de volume (comparés à ceux du côté opposé; les deux pupilles ont été dilatées); papille normale; les vaisseaux sont seulement un peu turgéfiés. Le centre du pôle postérieur est tout occupé par une large tache ovale transversale. La portion inférieure de la tache, très sensiblement soulevée (par moments on la voit onduler), est de couleur rouge-sang très marquée; au devant du liquide rouge on peut à peine distinguer la rétine qui paraît transparente, et dans cette portion on ne voit aucun vaisseau. De bas en haut, la couleur rouge de la tache diminue insensiblement, de façon que le tiers supérieur qui, au niveau du reste de la rétine, est formé uniquement par la rétine un peu troublée, semble un nuage au devant de la

choroïde dont on aperçoit tout à fait en haut la couleur rosée. Cette portion supérieure est traversée diagonalement par deux vaisseaux de la rétine parfaitement perméables. Toute la moitié supérieure de la périphérie de la tache est marquée par une ligne d'un blanc plus prononcé, surtout à l'externe.

Tout à fait au devant de cette tache on voit nager quelques petits corps très fins dans le corps vitré.

26 *novembre.* — On ordonne pour toute la durée du traitement : iodure de potassium un gramme par jour, un purgatif deux fois par semaine, une douche oculaire froide chaque soir.

Paracentèse, une évacuation.

27. — Vue plus nette, mais toujours limitée à la périphérie ; évacuations, une fois par jour, les 28, 29, 30.

1er *décembre.* — Le malade compte les doigts de la main passée au-devant de l'œil. Il lit les caractères les plus fins, mais seulement par côté ; évacuations (une par jour) les 2, 4, 5, 6, 7 et 8.

10. — Il lit les caractères moyens presque en face et un peu en bas. La partie plus supérieure de la tache a disparu ainsi que toute la ligne opaque qui limitait la tache ; la périphérie de la choroïde est en tout semblable à celle de l'autre œil ; la tache ne paraît plus soulevée au dessus du niveau du fond de l'œil et a pris une couleur d'un rouge jaunâtre. La couleur rouge monte moins haut, et la portion de la rétine qui est devenue libre, présente l'aspect qu'avait au premier examen la partie supérieure de la tache. Il n'y a plus de traces d'opacité dans le corps vitré.

Le 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19, évacuations, une par jour ; amélioration lente et progressive.

20. — Jour de sa sortie ; le malade lit les caractères les plus petits dans les points où il ne lisait, le 10, que les plus gros. Il voit la main dans toutes les directions ; le fond de l'œil ne présente pas de changement, sauf que la couleur rouge de la tache est devenue d'un rouge jaune plus marqué.

Le 10 mars 1862 il fait avertir que la vue est redevenue complètement normale ; il a pris assez régulièrement des pilules d'aloès et iodure de potassium.

LIX.

Décollement des rétines. — Evacuations. — Intolérance. — Très peu d'amélioration. — Iridectomie dans un œil. — Iritis. — Hémorrhagie du corps vitré. — Sang passant dans la chambre antérieure. — Arrêt des accidents par les évacuations. — Résultat avec peu d'amélioration.

Georges M., campagnard, âgé de 25 ans, de S. Sebastiano, entre le 7 juillet 1861.

Au commencement d'avril il eut quelques douleurs dans les articulations, qui disparurent d'elles-mêmes après quelques jours, mais qui furent remplacées par un obscurcissement léger de la vue dans l'œil droit, obscurcissement qui s'accrut de jour en jour. Il avait des somnolences continuelles. Les objets, à cette époque, lui paraissaient ondulés, il ne pouvait voir une ligne droite. A la fin de mai il ne pouvait plus voir aucun objet. Les somnolences augmentant, il fut saigné six fois au mois de juin, et la vue parut améliorer un peu ; ce mieux ne tarda pas à disparaître, et la vue commença à faiblir dans l'œil gauche, qui commença à voir tous les objets comme au travers d'un brouillard, et ensuite des mouches volant au-devant de son visage, et les objets ondulés.

Etat actuel. — Bonne constitution un peu affaiblie par les saignées. Vue tout à fait abolie en dedans et au dehors ; il compte les doigts placés en face, en bas et en haut; il ne peut voir d'autres objets plus petits — de l'œil droit.

Dans l'œil gauche vision annullée en haut ; dans toutes les autres directions vue conservée ; il ne peut distinguer aucune lettre d'imprimerie; myodésopsie.

Œil droit: Pupille dilatée ; pupille noire sans qu'on puisse obtenir la reflexion d'aucun rayon rouge quelque soit l'intensité de l'éclairage. En dedans, reflet blanchâtre d'un corps ondulant très rapproché, occupant la moitié interne de la pupille; quelques filaments dans le corps vitré au devant de la partie décollée de la rétine.

Œil gauche: Intolérance de la lumière, surtout depuis l'instil-

lation de l'atropine; en dehors de la papille, petite tache de la choroïde de forme ovalaire et transversale, de couleur rouge; au devant de cette tache passent deux vaisseaux de la rétine auxquels sont attachés deux petits filaments terminés par un petit corps rouge flottant dans le corps vitré; déplacement général du pigment; obscurcissement léger de toutes les couches du corps vitré par de petits corpuscules très mobiles; papille injectée et mal limitée; en bas, petit décollement de la rétine.

10 *juillet.* — Paracentèse; évacuation aux deux yeux; humeur aqueuse abondante, limpide. Iodure de potassium, un gramme, en continuation.

11. — id.; pas de changement.

12. — id.; légère amélioration de la vue.

Evacuations jusqu'au 18 avec légère amélioration de la vue, sans extension du champ visuel.

19. — Légère iritis à gauche; atropine; pas d'évacuations. On suspend l'iodure, qui a causé un coryza assez fort.

22. — Pupille dilatée. A droite, on voit la pupille rosée du côté externe; à gauche, plus de traces des filaments touchant la rétine, humeur vitrée à peu prés transparente; il voit plus clair, peu d'amélioration de la vue distincte des objets. Evacuations continuées.

25. — Iritis légère aux deux yeux; atropine, calomel à l'intérieur en continuation.

27. — Pupilles dilatées; le corps vitré à gauche est devenu si opaque qu'on voit à peine le fond de l'œil; pluie de granules derrière la pupille; vue presque nulle. A droite, la moitié externe de la pupille est rosée avec filaments mobiles noirâtres; cet œil commence à voir en face les lignes des gros caractères d'impression. Evacuations jusqu'au 4 août.

6 *août.* — Iridectomie au côté externe, à droite.

11. — Douleurs aux deux yeux, dans la nuit, la chambre antérieure gauche est un peu obscurcie; à droite, l'ophthalmoscope n'obtient qu'un reflet noir; atropine, bains froids, poudre de jalap et calomel.

12. — Sang dans la chambre antérieure droite, trouble un peu augmenté de la chambre antérieure gauche; trois évacuations dans la journée et continuées jusqu'au 17; douleur plus forte à droite où le sang déjà absorbé se présente de nouveau, venant

évidemment de la chambre postérieure en passant au dessus de la marge pupillaire.

Jusqu'au 20, évacuations, absorption du sang ; iodure de potassium, un gramme par jour. Amélioration continue. A gauche, pupille belle et libre ; évacuations jusqu'à la sortie.

28. — Sortie ; l'œil gauche lit le N° 10 avec difficulté ; le droit ne voit que les doigts ; le fond de l'œil droit se présente comme au premier jour, ainsi qu'à gauche, moins les filaments dans le corps vitré.

ARTICLE SEPTIÈME

Opacités dans le corps vitré.

Le petit groupe d'Observations qui suivent aurait pu être bien plus étendu. L'impossibilité de conserver les malades au-delà de la stricte nécessité dans un hôpital beaucoup trop restreint jusqu'ici pour le nombre qui s'y présente, n'a pas toujours permis de suivre les Observations assez longtemps pour étudier toutes les phases de l'absorption dans le corps vitré et les rapports entre cette absorption et les altérations de la choroïde. D'autre part, plusieurs ont du être élaguées parceque le traitement n'avait pas été limité presqu'exclusivement aux évacuations de l'humeur aqueuse, et que si, pour l'observateur, la guérison ou l'amélioration ont paru dues, en grande partie, à ce moyen, elles ne pourraient être d'une valeur absolue. Quelquefois l'affection locale est encore sous la dépendance d'une condition morbide générale grave de l'organisme, et le traitement énergique, dirigé contre elle, doit avoir une grande part dans le résultat obtenu. Du reste, nous en rapportons quelques exemples; les divers phénomènes qui accompagnent ou précèdent cette absorption ont présenté peu de variations, et la gravité des circonstances qui accompagnaient ces altérations ne permettent d'autre conclusion en général que celle que nous tirerons plus loin: que les évacuations de l'humeur aqueuse, sauf dans quelques cas où elle est contre-indiquée, font disparaître la congestion plus rapidement que tout autre moyen; qu'elles doi-

vent presque toujours être employées à préférence et sans le concours de l'iridectomie.

Quelque soit le siége de l'affection des membranes internes de l'œil qui accompagne ces altérations du corps vitré, on ne voit ces dernières se modifier qu'après la disparition ou une amélioration très sensible des désordres de la circulation interne. Il n'y a pas d'absorption possible dans un œil dont la choroïde et l'iris sont enflammés ou fortement congestionnés.

Lorsque les opacités sont les produits d'inflammations des parties profondes de la choroïde, ou de la choroïde et de la rétine, un premier fait est observé d'une façon presque constante. Les malades, après un petit nombre d'évacuations, voient mieux, plus clair; il n'est pas besoin de dire que cette modification de la vue sera proportionnée à l'état de la sensibilité de la rétine et en rapport avec les altérations du corps vitré; c'est là la période la plus consolante pour le malade qui ne peut s'expliquer plus tard pourquoi un simple nuage, quelques mouches volantes sont ensuite si lentes à disparaître. Ce n'est pas cependant toujours dès le premier jour que ce mieux est accusé par les malades, mais cette amélioration de la vue est d'autant plus prompte que les symptômes de la congestion sont plus manifestes. Cette première période d'amélioration marche de pair avec l'ensemble des autres signes qui dénotent le retour des membranes internes à un état plus normal: réapparition de phosphènes devenus peu apparents, retour de la chambre antérieure à ses dimensions normales, diminution de l'exorbitisme quand il existe, aspect plus vif, plus normal de l'œil, iris plus régulièrement mobile, disparition de la sensation de pesanteur endo ou périorbitaire etc.

Ce n'est que lorsque tous ces changements dus à la modification de la circulation se sont arrêtés que l'on peut commencer à voir une véritable modification dans

l'état du corps vitré. Une seule erreur est possible et peut même faire croire à une aggravation des opacités. Lorsque le corps vitré est tellement opaque qu'il ne permet pas de distinguer les membranes profondes, la pupille, qui est d'un blanc grisâtre lorsqu'on l'éclaire à l'ophthalmoscope, prend une couleur gris-rose quand la lumière envoyée dans l'œil est très intense; il peut arriver quelquefois que cette teinte rosée disparaisse après quelques jours, laissant croire que la transparence a diminué. Toujours on trouve plus tard la sclérotique à nu dans plusieurs points; il arrive ici ce que nous avons observé d'une façon si évidente dans le staphylôme postérieur. La circulation, redevenue normale dans la choroïde atrophiée déjà dans sa couche pigmentaire, laisse la sclérotique à nu, et les rayons arrivant jusqu'au fond de l'œil, sont réfléchis, non plus rouges, mais blancs comme la sclérotique. Cette interprétation nous est fournie par les faits intermédiaires où le corps vitré moins opaque permet encore d'observer quelques points du fond de l'œil; ce signe précédant du reste toujours de très peu ceux de l'absorption, on peut souvent en constater la valeur. Nous ne reviendrons pas sur cet aspect de l'œil lorsque nous parlerons des opacités accompagnant les iritis, où on l'observe plus rarement: il serait inutile en outre de noter les différences que l'on doit observer dans l'aspect des diverses opacités à mesure que les rayons réfléchis par le fond de l'œil sont modifiés dans leur couleur et leur quantité. Seulement nous noterons ici que lorsque l'opacité n'est pas étendue à une grande partie des couches du corps vitré, l'observateur doit chercher à se placer à une distance convenable de l'œil observé, pour éviter une erreur dont on comprend facilement la possibilité.

C'est, du reste, toujours dans l'axe qu'on doit rechercher ces changements dans le reflet de la lumière: à l'équateur l'atrophie de la couche du pigment est rare. Nous verrons en outre que si la circulation se modifie

évidemment au lieu de la sortie de l'œil des vortex, les vaisseaux ne conservent pas moins toujours une grande activité pendant tout le temps de l'absorption, double modification qui se traduit par une augmentation de la rougeur des vaisseaux, et par une diminution de leur calibre.

Ces opacités très étendues du corps vitré disparaissent lentement. Les Observations n'ont pu être assez suivies pour pouvoir étudier exactement quelles sont les couches du corps vitré où l'absorption se fait plus rapidement, lorsque ni l'iris, ni le corps ciliaire ne sont sensiblement altérés. On peut, il est vrai, découvrir ordinairement d'abord la choroïde dans ses parties les plus antérieures, et ordinairement aussi vite en bas qu'en haut; mais cela est dû certainement à l'éloignement moins profond de cette partie de la choroïde. Il paraîtrait cependant qu'en bas la choroïde, si elle n'est pas altérée dans sa couche pigmentaire, est cependant longtemps plus rouge, et on doit peut-être en chercher la cause dans l'accélération de la circulation que doivent provoquer, en ce point, les exsudats qui tendent naturellement à se porter en bas.

Lorsque l'opacité généralisée du corps vitré, avec aspect jumenteux, est parsemée de corps plus gros, complètement opaques et par conséquent plus obscurs, ceux-ci disparaissent les derniers, bien après encore les granulations grisâtres nageant dans le corps vitré. Ils n'acquièrent pas ordinairement une tendance plus grande à se porter en bas; souvent, au contraire, ils se portent plus facilement dans les parties supérieures.

Quelquefois à mesure que la pupille s'éclaircit, on découvre des corps plus gros, opaques, que l'on ne pouvait voir dans les premiers examens ophthalmoscopiques; ce qui laisserait supposer que les couches antérieures se sont éclaircies les premières, ou bien ces corps devenus plus légers se portent plus facilement en avant et en haut.

Les mouvements de ces corps semblent indiquer plutôt qu'ils sont devenus plus légers et que le corps vitré a peut-être diminué de consistance.

Si ces corps plus opaques, au lieu d'être isolés, ont la forme de fils entrelacés, ils se rompent, ils se désagrègent à mesure que l'opacité générale disparait et ensuite ils s'absorbent. Cependant ils paraissent s'absorber plus rapidement lorsque, au lieu d'être profondément situés, ils sont appliqués ou très rapprochés du cristallin. Souvent ces opacités accompagnent des décollements de la rétine ou d'autres altérations graves, et nous savons que, lorsqu'il y a une relation entre ces opacités et des décollements ou altérations très graves, très avancées avec atrophie commençante, ils doivent mettre en garde et exiger l'examen le plus attentif et des précautions plus grandes.

Les opacités les plus profondes peuvent s'absorber. Elles paraissent s'amincir et s'arrondir, et surtout devenir plus légères: quelquefois on les a vu s'appliquer à la rétine en bas pour disparaître bientôt. L'absorption a paru une fois se faire sur place directement dans le centre du pôle postérieur, ou mieux au dessus de la papille, pour un petit exsudat sanguin relié à la rétine par un prolongement filiforme.

On ne doit pas oublier ce que nous avons déjà fait observer dans les études de l'effet des évacuations de l'humeur aqueuse dans les staphylômes postérieurs. Si l'état de réfrangibilité des milieux oculaires, ou la longueur de l'axe oculaire sont modifiés dans le cours du traitement, ou bien si les opacités changent de place en se portant plus en avant ou plus en arrière, leur intersection avec les cônes lumineux peut se faire sur des points où les rayons sont plus ou moins rapprochés, et par conséquent devenir plus ou moins gênant pour la vue. L'examen ophthalmoscopique, le nombre et la forme de ces ombres, et le changement d'accommodation

provoqué dans l'œil observé par le moyen de lentilles ou en éloignant ou rapprochant le plan sur lequel la vue se fixe, pourront facilement faire découvrir si ces changements fonctionnels sont dus à cette cause, ou à une réelle reproduction et augmentation des opacités.

Il est des opacités que l'on ne pourrait localiser toujours dans le corps vitré; elles paraissent appliquées sur la face profonde du cristallin, ou du moins c'est ainsi qu'elle peut-être considérée dans un fait cité plus bas: sa forme et son prolongement dans le corps vitré ne permet guère d'autre interprétation. Peut-être cet aspect opaque verdâtre à l'éclairage latéral, que nous avons observé dans un cas de congestion de la choroïde, doit aussi se rapporter à une cause identique. Ces opacités ont rapidement disparu par les évacuations seules de l'humeur aqueuse.

Si le trouble de l'humeur vitrée est lié à des altérations encore existantes de l'iris, ou du corps ciliaire, l'absorption parait assez probablement subordonnée à la guérison ou à la disparition presque complète des symptômes de ces affections. Lorsque la synéchie a été vaincue, lorsque l'éclairage latéral dénote une disparition presque complète des opacités au devant du cristallin, en un mot, lorsque le corps vitré peut être examiné, on voit le trouble du corps vitré persister encore jusqu'à ce que l'iris ait repris à peu près l'aspect normal compatible avec les altérations qu'elle a subies; quelquefois même les mouches volantes apparaissent à mesure que le retour de la transparance des parties antérieures permet aux rayons lumineux d'arriver en quantité suffisante jusqu'au fond de l'œil, et on comprend facilement la raison de ce phénomène.

Dans ces cas de simples iritis, avec diffusion très peu prononcée au corps vitré, le retour de la vue est assez prompt; mais lorsque l'altération du corps ciliaire se dénote par des ectasies ou des taches bleuatres de la

sclérotique, les opacités du corps vitré, dont l'examen du reste est souvent rendu difficile par des exsudats sur la cristalloïde ou des opacités cristallines, ne disparaissent ordinairement que plus tard et après la disparition des altérations de la sclérotique et du cristallin.

Le rapport constant et qui n'a dû échapper à personne, que l'on observe entre l'état de la choroïde et la possibilité du retour de la transparence du corps vitré, nous évite d'insister sur ce fait: que le corps vitré reprend d'autant plus vite et plus complètement son aspect normal (après la cessation de l'état congestif ou inflammatoire), que les membranes vasculaires internes auront subi moins de dégâts dans leur texture, et que le corps vitré aura conservé une consistance plus normale. C'est surtout l'atrophie des vaisseaux de la choroïde qui parait s'opposer le plus à la réabsorption dans le corps vitré. Nous avons eu déjà l'occasion de noter combien pouvaient être rebelles à disparaître des opacités presqu'invisibles dans des scléro-choroïdites postérieures avec atrophie s'étendant jusque vers l'équateur du bulbe. Les congestions des corps ciliaires avec ou sans ectasie de la sclérotique ne sont pas toujours aussi graves, au point de vue de la réabsorption dans le corps vitré, qu'elles sembleraient devoir l'être. Si la dureté du bulbe est très grande, ou persiste après la disparition de l'état aigu de l'affection irido-choroïdienne; s'il y a disparition de la sensibilité de la rétine, le corps vitré, ou le liquide qui le remplace, quoique régularisé dans sa sécrétion (comme nous le verrons plus loin), n'acquiert plus sa transparence. Mais si la rétine a conservé ses fonctions, ou les reprend après quelques évacuations, on peut espérer toujours l'effet désiré sur le corps vitré, après un temps plus ou moins long. Nous osons presque avancer deux faits à cet égard: les staphylômes antérieurs de la sclérotique indiquent presqu'un moyen de préservation employé par la nature pour empêcher la pression interne de causer

des dégâts trop graves dans la texture des vaisseaux.

Il parait, d'après toutes les Observations où cette circonstance a été notée, que l'absorption avait lieu d'autant plus rapidement, que l'atrophie des vaisseaux de la choroïde était moins prononcée vers l'équateur du bulbe. Lorsqu'on pouvait, dès le début du traitement, ou après amélioration déjà avancée, distinguer les gros vortex ou simplement une couleur rouge prononcée à l'équateur, l'absorption n'a jamais manqué d'être, plus tard, plus ou moins complète. Les altérations et les atrophies les plus graves de la rétine et de la choroïde dans le pôle postérieur, mais ne s'avançant pas trop vers l'équateur, et aussi les ectasies, les irido-choroïdites avec manifestations les plus prononcées sur les parties antérieures de la sclérotique, ne parurent que rarement entraver ce travail d'absorption, lorsque la circulation existait encore à l'équateur et dans les parties antérieures de la choroïde visibles à l'ophthalmoscope. Du reste, répétons-le, on a encore une autre source de pronostic assez exact, mais non constant toutefois, dans toutes les opacités du corps vitré accompagnées d'augmentation de dureté du bulbe oculaire: c'est le retour de la sensibilité rétinienne indiquant, à ce qu'il semble, qu'il n'y avait encore que compression sur la rétine par les humeurs endo-oculaires, ou plutôt par les vaisseaux mêmes de la choroïde engorgée, et que la sensibilité rétinienne ne reste définitivement abolie que là où la circulation choroïdienne n'est plus alimentée par un nombre suffisant de vaisseaux pour une nutrition normale et les changements de matériaux nécessaires. Nous ne devons pas oublier que l'insuffisance des vaisseaux n'est ordinairement pas aussi grande, en réalité, que semblerait l'indiquer le degré d'atrophie de la choroïde vue à l'ophthalmoscope, et que cette atrophie est très rarement complète, même dans les points les plus dénudés du fond de l'œil (voyez art. 2. *Staphylômes postérieurs*).

L'ancienneté des altérations du corps vitré ne paraît pas apporter toujours de grandes variations dans l'action des évacuations, abstraction faite du progrès et du degré de la maladie. Les Observations que nous avons citées déjà dans les articles précédents et celles que nous citons plus bas, semblent le prouver d'une manière évidente. Cependant, on conçoit facilement qu'en général on ne pourrait méconnaître que des opacités spontanées, et même des épanchements traumatiques, datant d'une époque très éloignée et n'ayant aucune tendance à s'absorber, doivent faire craindre une atrophie considérable des vaisseaux de la choroïde. Mais on ne devra jamais négliger un moyen aussi simple. Le retour de la vue et des efforts d'accommodation, le renouvellement fréquent de l'humeur aqueuse, pourront souvent encore provoquer une circulation devenue incomplète à la suite d'un repos prolongé de l'organe. Quelquefois on ne peut obtenir aucune amélioration, quels que soient les moyens employés; nous pouvons constater alors de vastes dégénérescences dans la rétine et sur la choroïde ayant un cachet d'ancienneté qui explique bien cette non possibilité de la réabsorption. On devra en tout cas tenter ces évacuations. Si après un certain temps on n'obtient aucun changement, on ne pourrait attendre des évacuations de grands effets, qu'on pourra au contraire espérer par un traitement long et patient.

Je devrais ajouter quelques mots sur les hémorrhagies du corps vitré. Je me limiterai à attirer l'attention sur quelques Observations du plus grand intérêt d'hémorrhagies du corps vitré, démontrant évidemment que l'on ne devra désormais s'abstenir que bien rarement de recourir aux évacuations de l'humeur aqueuse. Nous n'avons pas d'Observations d'exsudats ou hémorrhagies consécutifs à la pénétration de corps étrangers; mais la lecture des faits cités démontrera bien évidemment que l'absorption n'a lieu aussi que lorsque la circula-

tion est redevenue normale, et que ces évacuations ont eu la plus grande part dans ces absorptions rapides.

On conçoit, d'après ce que nous venons de dire, et surtout d'après ce que l'on connaît sur la production des maladies, qu'il serait impossible de rien préciser sur la durée du traitement. Les Observations qui suivent, et celles qui sont rapportées dans ce travail, pourront suffire à ces recherches, à préciser l'action de ces évacuations, et à faire connaître quelques unes des circonstances où l'on ne peut en attendre aucun résultat. On ne devra jamais négliger de combattre les causes générales qui peuvent provoquer le retour ou la persistance de la maladie. A cause primitive non éloignée, une cure locale ne pourra être que palliative. Nous devons seulement attirer l'attention sur quelques-uns des faits qui nous démontrent que ce moyen est contre-indiqué dans quelques circonstances, que l'on ne doit pas perdre de vue.

Nous avons vu précédemment déjà que les évacuations semblent contre-indiquées dans quelques affections internes où la tension oculaire parait devoir être respectée. Ainsi, dans deux cas de décollements de la rétine, nous voyons se déclarer une iritis grave avec épanchement plastique commençant dans la chambre antérieure, que l'on eût assez de peine à arrêter. Après la guérison qui, nous devons nous en souvenir, fut due en grande partie à la continuation des évacuations qui cependant ne donnaient plus lieu à la sortie d'une aussi grande quantité d'humeur aqueuse, et par conséquent ne causaient pas un vide aussi prononcé dans l'œil, on ne pourra toutefois manquer d'être frappé de la persistance de l'amélioration obtenue et du nouveau retour assez considérable de la vue après la cessation de l'état aigu, quoique l'examen ophthalmoscopique ait démontré plus tard que les opacités du corps vitré avaient considérablement augmenté, qu'une nouvelle quantité de sang et d'exsudats s'y étaient épanché. Nous devons rapprocher de ces faits

une Observation dans laquelle l'issue a été fatale; une légère amélioration obtenue par les évacuations fut perdue sans retour par un phlegmon fatal qui se déclara après une iridectomie; c'était un cas de grave et très ancienne choroïdite, avec ectasies postérieures, atrophie étendue de la choroïde, luxation spontanée du cristallin, hémorrhagies dans le corps vitré. Ce sont là des circonstances qui doivent être notées. On devra agir avec prudence, ne vider chaque fois la chambre antérieure qu'en partie, comme nous l'avons indiqué dans les cas d'hémorrhagies de la chambre antérieure effets de choroïdo-iritis, et cela pour éviter de produire un vide trop sensible qui permettrait aux parois vasculaires altérées de se rompre. Nous savons du reste que l'iridectomie autrefois essayée dans les décollements de la rétine a donné des résultats défavorables analogues; on a recours aujourd'hui, au contraire, à la pression sur le bulbe. Les évacuations sont bien moins à craindre, elles ne produisent qu'une détente momentanée, facile à régulariser, moins énergique et moins prolongée que celle laissée par l'iridectomie. On ne peut la rejeter donc complètement dans ces cas graves; c'est un accident dangereux, il est vrai, mais qui peut être combattu par les évacuations elles-mêmes, et la persistance de la vue malgré l'augmentation des opacités, prouve évidemment la diminution de congestion oculaire, cause première de l'affection. Des applications plus prolongées de compresses glacés, peut-être aussi une légère compression faite sur l'œil avec de simples compresses froides un peu pesantes éloigneront un accident non constant, mais dont on ne devra jamais perdre de vue la possibilité. Les Observations détaillées qui suivent démontrent qu'on devra toujours, en cas semblable, n'agir qu'avec précaution. Je ne dois pas oublier cependant de noter que, dans les décollements par hémorrhagies sous-choroïdiennes, les évacuations ne causent aucun accident, et que si les

évacuations de l'humeur aqueuse ont peut-être facilité quelquefois de nouvelles hémorrhagies, elles en ont aussi favorisé plus tard l'absorption.

Ces courtes considérations sur l'action des évacuations de l'humeur aqueuse sur le corps vitré ne peuvent et ne doivent pas être séparées de ce que nous avons déjà dit plus haut en parlant des maladies de la choroïde; elles ne le devront pas non plus lorsque nous aurons l'occasion d'observer leur influence sur la sécrétion de l'humeur vitrée, ou, pour nous exprimer plus exactement, sur la régularisation de cette sécrétion des humeurs profondes. Cette régularisation dans la sécrétion est aussi essentielle pour le retour de la transparence que la régularisation même de la circulation. On ne pourra jamais s'attendre, sous ce rapport, à voir un changement moléculaire, une absorption des produits morbides avant que le bulbe n'ait repris sa consistance, sa forme normale. C'est là un fait de pathologie trop constant dans l'organisme humain pour que l'on dût s'attendre à un résultat différent. C'est la congestion que l'on combat d'abord; la sécrétion, les absorptions ne se modifient que plus tard. Alors la circulation est activée par les évacuations elles-mêmes et le travail de modification du liquide sécrété se fait plus rapidement et d'autant plus complètement que la circulation de la choroïde a pu reprendre plus régulièrement ses fonctions. Le corps vitré peut ne pas reprendre tous ces caractères primitifs, mais bien sa quantité et sa transparence.

OBSERVATIONS

LX.

Choroïdo-iritis. — Etat jumenteux du corps vitré. — Evacuations. — Amélioration prononcée pendant le traitement. — Absorption complète quelques mois plus tard. — Congestion de la choroïde et de la rétine dans l'autre œil. — Evacuations. — Guérison.

Mlle Ferdinande C., âgée de 30 ans, couturière, de Verceil, entre le 12 avril 1860.

Elle est bien menstruée, travaille beaucoup; elle ressent depuis près d'un an que la vue s'obscurcit progressivement chaque jour dans l'œil droit. Ces obscurcissements présentent des recrudescences quand elle veut outrer son travail. Il n'y a jamais eu de douleur. L'œil gauche voit aussi, depuis une quinzaine de jours, les objets à travers un léger brouillard.

Dans l'œil droit la sclérotique est un peu bleuâtre, le bulbe un peu plus dur que le gauche. La pupille est étroite, adhérente et ne se dilate que très peu et irrégulièrement par l'atropine; iris brun et velouté. Elle voit passer la main devant l'œil.

Dans l'œil gauche, la pupille s'est bien dilatée, les vaisseaux coronaires sont dilatés, surtout les veines qui sont variqueuses près de la papille; il n'y a pas d'autre altération. Elle voit à toutes les distances; la faculté visuelle est égale dans toute l'étendue du champ visuel; mais elle voit tout à travers un brouillard qui augmente si elle essaie de travailler ou si elle s'expose à la lumière vive naturelle ou artificielle.

13 *avril.* — Paracentèse (quatre évacuations) aux deux yeux; humeur aqueuse citrine à droite; le soir même la pupille est un peu plus dilatée à droite. On a continué l'atropine. Le 14 la vue

de l'œil gauche est redevenue normale; les vaisseaux de la rétine sont dans le même état.

17. — Pupille bien dilatée, mais irrégulière encore dans l'œil droit. Elle distingue mieux la lumière. L'examen ophthalmoscopique ne découvre autre chose que des taches de pigment sur le cristallin, et la pupille obscure, d'un gris sombre, ne laisse rien voir. Paracentèse dans l'œil droit (trois évacuations), humeur aqueuse citrine.

21. — Même état, sauf la vue qui paraît un peu plus distincte dans l'œil droit; paracentèse, quatre évacuations; humeur aqueuse-citrine.

23. — On commence avec l'ophthalmoscope à découvrir un peu de rouge au fond de l'œil à travers la pupille, en quelques points; elle compte les doigts.

24. — Paracentèse; quatre évacuations; le soir il se déclare un peu de douleur sous-orbitaire; la pupille a de nouveau contracté en arrière quelques adhérences qui cèdent à deux instillations d'atropine.

25. — Les douleurs se répétèrent le soir, ainsi que le 26. Elles cédèrent à la quinine.

28. — Paracentèse (trois évacuations d'humeur aqueuse citrine).

3 *mai*. — L'amélioration de la vue est très sensible. Elle voit de gros objets peu éloignés; à l'ophthalmoscope on voit que les taches de pigment ont presque toutes disparu. La pupille est rose quand elle est illuminée, et on voit nager dans le corps vitré des granulations mycroscopiques.

3, 8 *et* 17. — On répète la paracentèse; elle arrive à voir des objets assez petits, tels qu'une plume, un fil. Le fond de l'œil cependant, quoique plus rose quand il est illuminé, ne peut être perçu distinctement. La pupille est rétrécie, mobile, et on ne peut juger de l'état du corps vitré.

13. — Elle sortit. On ordonna depuis le 10 mai 0,50 d'iodure de potassium chaque jour.

Elle retourna le 15 juin. On dilata la pupille; le corps vitré était presque transparent. On ne voyait plus nager de corpuscules. On voit confusément la papille et quelques vaisseaux. Les taches sur le cristallin ont disparu. On répète la paracentèse.

17. — Elle sort, lisant difficilement de gros caractères.

18. — Elle continue l'usage de l'iodure de potassium.

Elle revint le 12 octobre 1860. La vue a amélioré lentement, mais continuellement, pendant un mois. Elle arriva à lire des caractères très fins. Cependant la vue dans cet œil a toujours été un peu plus obscurcie que dans l'autre. Depuis quinze jours l'œil droit se fatigue un peu quand elle a travaillé un peu longtemps. Les milieux sont tout à fait transparents, et le fond de l'œil est semblable dans les deux yeux et normal. Elle lit les plus fins caractères (N°s 1, 2 et 3), mais pour lire elle doit mettre le livre un peu plus loin que pour l'œil gauche; paracentèse pendant trois jours, deux fois par jour. La vue est redevenue normale; le travail ne la fatigue plus.

Elle sort le 17.

La vue de l'œil gauche n'a plus souffert depuis la première paracentèse qui lui fut faite.

LXI.

Etat jumenteux du corps vitré. — Evacuations. — Retour de la transparence. — Décollement de la rétine amélioré.

Joséphine A., âgée de 28 ans, de Tortone, ouvrière en lingerie, entre le 2 avril 1860.

Irrégulièrement menstruée, mariée depuis neuf ans, elle a deux enfants bien portants; elle a dans l'œil gauche depuis trois ans, dans l'œil droit depuis deux ans, des obscurcissements de la vue momentanés et devenant toujours plus fréquents, avec quelques maux de tête légers. Depuis cinq mois elle ne voit presque plus de l'œil droit, et la cécité arriva presque d'emblée en peu de jours. L'œil gauche est arrivé peu à peu à ne plus pouvoir lui servir, depuis deux mois, qu'à se diriger, à voir de gros objets. Elle distingue confusément et de près la figure des personnes qui l'entourent. Elle n'a jamais remarqué qu'elle eût ni myopie, ni presbytie.

Les globes oculaires sont durs. Elle voit encore difficilement la main de l'œil droit, mais seulement si elle est placée en bas. La pupille est très large et immobile. L'ophthalmoscope ne laisse voir qu'un champ obscur, gris-blanc et uniforme par opacité du

corps vitré (état jumentueux). A gauche la pupille très dilatée aussi, mais un peu moins que dans l'œil droit, est très peu mobile. On voit la papille blanche grise, avec les petits vaisseaux coronaires bien marqués, sans enfoncement; couleur verdâtre péri-papillaire. Vaisseaux choroïdiens d'un rouge foncé, larges et très visibles à travers le pigment noir brun. Le champ visuel est un peu limité du côté interne.

Paracentèse aux deux yeux continuée deux fois par jour par la même ouverture jusqu'au 29 avril, c'est-à-dire pendant vingt-six jours.

L'humeur aqueuse, peu abondante d'abord dans les deux yeux, de couleur un peu trouble dans l'œil droit, augmenta rapidement de quantité au bout de quelques jours et devint toujours plus abondante. A la troisième évacuation l'humeur aqueuse était limpide dans l'œil droit.

12 *avril*. — La vue avait très rapidement amélioré dans l'œil gauche. Elle voyait de très petits objets, tels qu'une aiguille. Dans l'œil droit elle voyait assez bien et comptait les doigts, mais toujours uniquement en bas.

L'examen ophthalmoscopique fait voir que dans l'œil droit les milieux ont repris leur transparence, mais on voit un large décollement de la rétine de tout le segment inférieur montant jusqu'à la papille atrophiée, sans mouvements appréciables. Dans la portion supérieure la rétine paraît généralement et légèrement infiltrée. Les vaisseaux coronaires sont petits, et sur la rétine voilés un peu par l'obscurcissement de cette membrane.

Dans l'œil gauche les vaisseaux rétiniens sont bien visibles. Les vaisseaux choroïdiens peut-être un peu moins larges; la couleur verdâtre péri-papillaire bien diminuée. Le champ visuel est libre dans toute son étendue.

Les bulbes oculaires sont de dureté normale. Le jour de sa sortie (2 mai) elle lit bien les caractères moyens de l'échelle avec l'œil gauche. Le fond de l'œil est très clair, laisse voir bien nettement les vaisseaux choroïdiens qui sont moins dilatés et moins foncés. La couleur verdâtre péri-papillaire a disparu.

L'œil droit a peu gagné. Il voit distinctement les doigts, de gros objets et quelques couleurs très tranchées. La portion infiltrée de la rétine a le même aspect. La rétine paraît un peu moins trouble.

Les pupilles qui étaient, comme nous l'avons vu, très larges et immobiles, sont revenues à leur état tout à fait normal et mobiles, en même temps que la chambre antérieure s'agrandissait, que la vue augmentait et que l'humeur aqueuse augmentait de quantité.

LXII.

Opacité du corps vitré dans les deux yeux. — Guérison dans un œil, amélioration notable dans l'autre.

Françoise M., âgée de 39 ans, de Truffarello, paysanne.

Au mois d'avril 1859, au commencement de sa cinquième grossesse, la vue diminua rapidement dans l'œil droit, comme obscurcie par un nuage, avec douleurs orbitaires; rougeur légère de l'œil. Elle fut saignée six fois. La guérison fut complète; mais deux mois après la vue baissa de nouveau sans douleurs, et l'obscurcissement ne fit qu'augmenter à la suite de quatre saignées qu'on lui avait pratiquées. A la fin de décembre la vue était complètement abolie dans l'œil droit et commençait à s'obscurcir lentement et progressivement dans l'œil gauche, avec douleurs peri-orbitaires; c'était quelques jours après son accouchement.

Elle fut soignée à la fin de février. Elle voyait encore passer la main devant l'œil droit. L'œil gauche voyait tous les objets troublés par un nuage. Elle pouvait à peine lire quelques gros caractères et à peine une demi ligne, tout devenant confus.

Dans l'œil droit, le corps vitré complétement opaque ne laissait voir qu'un peu la couleur rouge du fond de l'œil. A gauche, le corps vitré est peu transparent. Il y a hypérémie des vaisseaux de la rétine. Les pupilles étaient très étroites et n'avaient pas été dilatées; bulbes un peu durs; une paracentèse aux deux yeux, avec légère amélioration. L'état prononcé d'anémie de l'infirme qui nourrit son enfant, ne lui permit pas de rester. On ordonna un régime reconstituant et à l'intérieur du fer avec ergot de seigle.

Elle revient le 13 avril, demandant la ponction de l'œil, qui avait procuré un arrêt momentané de l'affection et même une

amélioration prononcée pendant une dizaine de jours. L'état de sa santé a beaucoup amélioré, mais la vue a diminué.

L'œil droit a seulement conscience de la lumière; l'œil gauche ne voit que passer les doigts, qu'elle compte avec peine. Du côté externe elle voit un peu plus distinctement.

Les sclérotiques sont un peu bleuâtres ; les bulbes oculaires sont durs. La pupille droite est un peu dilatée et immobile. Dans l'œil gauche, elle est peu mobile. On les dilate avec l'atropine. Dans l'œil droit il y a quelques petites taches de pigment sur la face antérieure du cristallin; du reste, tous les milieux transparents, derrière le cristallin, paraissent comme un brouillard grisâtre (état jumenteux), au travers du quel on peut à peine voir un peu de la rougeur du fond de l'œil.

En examinant attentivement, on voit comme une foule de petits points mycroscopiques nager dans l'humeur vitrée. Il y a, en outre, quelques fils très fins, paraissant noir bruns, nageant dans le corps vitré.

Dans l'œil gauche le corps vitré a perdu un peu de sa transparence; on voit la rétine comme cachée par un léger brouillard où nagent en déhors de petites granules ; on voit les vaisseaux de la pupille et de la rétine (que l'on ne peut cependant pas voir en dehors) très dilatés, surtout les veines dont quelques unes sont variqueuses ; malgré le brouillard qui le cache, le fond de l'œil parait d'un rouge prononcé et très fort.

La malade a les cheveux châtains.

13 *avril.* — Paracentèse aux deux yeux (quatre évacuations), humeur aqueuse ; de couleur un peu jaunâtre dans l'œil droit.

16. — Il n'y a aucun changement dans l'œil droit ; paracentèse aux deux yeux (quatre évacuations), humeur aqueuse un peu trouble à droite.

18. — La vue est devenue un peu plus distincte dans l'œil gauche, paracentèse aux deux yeux (quatre évacuations), humeur aqueuse limpide.

21. — L'œil gauche a beaucoup gagné; l'examen ophthalmoscopique ne dénote aucun changement; paracentèse (quatre évacuations), humeur aqueuse plus abondante dans les deux yeux.

3 *mai.* — Elle lit les gros caractères de l'œil gauche. Elle voit passer la main devant l'œil droit. Les pupilles s'étaient rétrécies ; on les dilate. Les milieux de l'œil gauche sont com-

plètement transparents. On voit le fond de l'œil moins rouge; les vaisseaux choroïdiens très marqués à travers le pigment; les veines de la rétine paraissent bien moins turgéfiées; la vue n'est cependant pas aussi distincte du côté interne. Dans l'œil droit *les taches de pigment ont disparu sur le cristallin;* le corps vitré se présente dans le même état, mais on voit un peu mieux la couleur rouge du fond de l'œil. Paracentèse aux deux yeux (quatre évacuations); la pupille se rétrécit un peu pendant l'évacuation; humeur limpide et abondante.

8 — La vue est telle dans l'œil gauche qu'elle lit le N° 1 à 20 centimètres. Le champ visuel est normal dans toutes les directions. Dans l'œil droit il s'est déclaré une légère névralgie sus-orbitaire.

Paracentèse dans l'œil droit (quatre évacuations). La névralgie devint faciale le 9, elle résiste à la quinine. La malade est prise de nostalgie et veut retourner chez elle. Elle voit de l'œil droit une aiguille très fine, un fil, à 16 ou 20 centimètres de distance.

On n'avait donné d'autre remède que deux purgatifs légers.

Elle part le 14 mai 1860. L'examen ophthalmoscopique n'est pas répeté.

LXIII.

Amaurose glaucomateuse. — Opacité complète du corps vitré. — Iridectomie. — Peu d'amélioration. — Evacuations. — Amélioration notable. — Diminution très prononcée des opacités.

Madeleine V., paysanne, d'un tempérament lymphatique sanguin, de Moretta, âgée de 27 ans, entra le 5 mai 1860.

Elle a été sujette à plusieurs ophtalmies scrophuleuses et à de fréquentes érysipèles; il y a 10 mois, elle s'aperçut que lorsqu'elle avait tenu pendant quelques instants la tête un peu basse pour coudre ou pour faire d'autre travail, la vue se couvrait d'un nuage dans les deux yeux. Le nuage se dissipait si elle se reposait, mais après deux mois il devint continu et

la vue diminuait chaque jour rapidement, surtout à gauche; il y a trois mois, elle eut une ophtalmie intense dans l'œil gauche avec douleurs périorbitaires violentes; elle fut saignée huit fois. La vue pendant la maladie s'était éteinte complètement à gauche, et avait bien diminué à droite; elle prit des pilules d'aloès sans résultat. Elle ne se souvient d'avoir souffert ni de myopie, ni presbytie.

Etat actuel. — Peu menstruée depuis trois mois; faible et pâle depuis les saignées.

Dans l'œil gauche il y a synixèse avec pseudo-cataracte pupillaire; cécité complète. Elle n'a presque pas perception de la lumière.

L'œil droit est dur; la pupille non dilatée est peu mobile. On ne peut voir autre chose qu'un obscurcissement du corps vitré. La pupille éclairée paraît d'un blanc laiteux; elle voit assez pour apercevoir la main, mais pas assez pour savoir si elle est ouverte ou fermée.

8 *mai.* — Iridectomie du côté interne dans les deux yeux; dans l'œil droit la nouvelle pupille ne communique pas avec la pupille centrale. Elle est à peu près ronde et se trouve entre l'insertion ciliaire de l'iris et la marge pupillaire.

11. — Vue nulle dans l'œil gauche; la pupille ne permet pas d'éclairer assez pour faire l'examen. Dans l'œil droit la vue a très peu amélioré.

14. — Même état; paracentèse (quatre évacuations) dans les deux yeux.

15. — Amélioration très sensible de la vue dans l'œil droit; elle voit la barbe de l'opérateur et quelques traits de la figure. L'œil gauche n'a rien gagné.

17 *et* 22. — Paracentèse (quatre évacuations).

A chacune de ces séances on observa qu'il y avait une plus grande quantité d'humeur aqueuse que dans les précédentes, et dans la troisième séance on observa que l'humeur aqueuse non seulement était en plus grande abondance que dans les deux autres, mais aussi *qu'elle se reproduisait beaucoup plus vite* et en plus grande quantité. Les chambres antérieures étaient devenues bien plus grandes.

On ne peut, ni dans l'œil gauche ni dans l'autre, voir au delà du cristallin qui présente des taches pigmenteuses. Dans l'œil

droit, on voit déjà la pupille un peu rosée à travers un brouillard du corps vitré, mais pas la pupille ni autre chose, quelque soit l'intensité de la lumière.

La vue dans l'œil gauche lui permet de voir passer la main devant l'œil et de distinguer si elle est ouverte ou fermée. De l'œil droit elle lit avec peine quelques-uns des derniers numéros de l'échelle.

Elle sort le 30 mai.

Aucun autre traitement a suivi. Elle a repris un peu de force, ses règles n'ont pas reparu. On ordonne des pilules de fer et aloès.

LXIV.

Opacité du corps vitré. — Exsudats sur la rétine. — Abolition presque complète de la vue dans l'œil droit. — Diminution très notable de la vue dans l'œil gauche. — Evacuations sans amélioration.

Jean R., 62 ans, tailleur, de Castellazzo, entre le 26 juin, sort le 12 juillet 1862.

Depuis plusieurs années il ne peut supporter un long travail sans que sa vue ne s'obscurcisse; il se servit de lunettes assez tôt; depuis trois ans il ne travaille plus à son métier.

Il y a deux mois la vue baissa considérablement et assez rapidement dans l'œil droit. Dans l'œil gauche la même diminution, cependant un peu moins rapide, s'observa dans la vue. Dans les deux yeux il y a perception de petites mouches volantes.

Dans l'œil droit la vue est abolie complètement pour les objets placés en dehors; en bas et en haut, il ne voit pas la lumière d'une bougie; en face, il compte les doigts et voit la main entière à dix ou quinze pouces, à peu près; en dedans il perçoit la lumière de la bougie. A gauche il lit avec peine les caractères moyens et seulement quelques lignes; il y a un léger degré de paralysie de l'accommodation.

A droite il y a plusieurs corps assez gros qui nagent dans le corps vitré. On voit du reste très peu distinctement le fond de

l'œil qui réflechit peu de lumière; la papille est très injectée, la choroïde autour de la papille est très rouge, avec le pigment irrégulièrement disposé. Au delà on n'aperçoit plus la choroïde; la rétine d'un aspect sale, gris foncé sans reflet, avec les vaisseaux très variqueux, cache presque complètement le reflet rouge de la choroïde; toute la périphérie de la rétine est aussi opaque et infiltrée, surtout dans les régions qui correspondent à l'abolition complète de la faculté visuelle.

Dans l'œil gauche il y a congestion de la choroïde étendue à tout le pôle postérieur; la papille est injectée; les vaisseaux de la rétine sont très engorgés, surtout les veines; il y a pulsation d'une veine centrale de la papille jusqu'un peu au delà du rebord de la papille qui dans cet endroit paraît un peu enfoncée par le coude que présente le vaisseau. Le pigment choroïdien est irrégulièrement disposé, comme soulevé uniformément par les vaisseaux de la choroïde d'un rouge très prononcé et foncé. Depuis le 26 juin, évacuation une fois par jour, douches oculaires, trois purgatifs, jusqu'au 4 juillet sans changement pour la vue. Pas de changement à l'examen ophthalmoscopique. Toutefois il dit que par moments il voit un peu plus clair de l'œil gauche.

Il sort le 12 juillet.

LXV.

Iritis très ancienne aux deux yeux. — Leucoma central de la cornée gauche. — Iridectomie à gauche. — Belle pupille, peu utile cependant. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Absorption d'opacités déposées sur le cristallin ou dans le corps vitré. — Amélioration très notable. — Evacuations à droite. — Dilatation de la pupille, jusque là impossible, presque immédiate après les premières évacuations. — Opacités sur le cristallin et dans le corps vitré. — Amélioration très rapide. — Absorption des exsudats du cristallin et du corps vitré. — Pupille moins mobile. — Retour presque normal de la vue. — Guérison durable. — Traitement général presque nul.

Ursule B., agée de 30 ans, de Mondovi, sans profession, entre le 17 mars, sort le 13 mai 1861.

Elle a souffert dans l'œil gauche de légères ophthalmies assez fréquentes depuis l'âge de 18 ans. La vue de cet œil n'a jamais été bonne depuis lors. Il y a 3 ans, elle eut une ophthalmie très douloureuse qui dura plusieurs semaines et qui fut suivie de cécité. Les phosphènes existent. Elle distingue la lumière. La sclérotique est bleuâtre par places. Leucoma central de la cornée, sans synéchie antérieure. Depuis 4 ans la vue de l'œil droit est troublée par de la myodésopsie accompagnée parfois de névralgies au sourcil. Un nuage, qui couvre tous les objets qu'elle regarde, s'étend devant l'œil paraissant augmenter à chaque retour des névralgies. Le champ visuel est occupé par un grand nombre de points fixes et par des fils mobiles et constants. Après les mouvements de haut en bas du bulbe oculaire, elle voit descendre au devant de l'œil un gros corps noir; iris immobile, de couleur de rouille, non dilatable par l'atropine; synéchie postérieure et opacités par dépôt d'exsudat plastique et de pigment sur la cristalloïde antérieure (éclairage latéral); examen ophthalmoscopique impossible, pupille d'un gris noir général. Elle ne peut lire, elle distingue cependant les traits de la figure de très près.

Dysménhorrée; caractère inquiet; froid continuel aux extrémités

inférieures; plusieurs traitements antérieurs par le calomel, purgatif, saignées locales et même générales, long traitement ferrugineux: sans succès aucun.

17 *mars.* — Iridectomie dans l'œil gauche en dedans.

19. — Evacuations de l'humeur aqueuse aux deux yeux; on a continué et on continue les instillations d'atropine.

20. — La pupille se dilate irrégulièrement à droite.

22. — La pupille large permet de voir à l'ophthalmoscope la pupille d'un blanc mat un peu rosé, plusieurs filaments noirs un peu mobiles derrière le cristallin, et un gros corps noir qui se porte jusque vers le milieu de la pupille dans les grands mouvements; la vue est un peu plus claire, les opacités du champ visuel paraissent plus grosses, elles sont plus gênantes pour le malade.

Evacuations continuées jusqu'au 28 mars, trois purgations avec jalap 1 gramme, calomel 10 centigrammes.

On cesse les évacuations à cause d'une injection légère péri-cornéale; un peu de douleur dans l'œil.

31. — On reprend les évacuations aux deux yeux; l'œil gauche a peu gagné. Elle compte les doigts, la pupille est belle, large; derrière elle, on voit, à l'ophthalmoscope, les corps filiformes mais mobiles, sur un fond rouge. Dans le droit, même état, le gros corps plus mobile paraît plus rond, plus visible; la pupille est plus rosée, lorsque la malade porte l'œil en haut, en bas, ou par côté.

10 *avril.* — Nouvelle injection de la conjonctive péri-cornéale à droite. On cesse les évacuations aux deux yeux; la malade lit de l'œil gauche de gros caractères en épelant chaque lettre; du 10 au 20 deux purgatifs, calomel et jalap.

20. — Pupille droite d'un rose terne. On voit encore quelques fils; le gros corps ne se voit plus, mais on distingue plusieurs petits grains très fins nageant dans le corps vitré, expliquant pourquoi on peut à peine apercevoir la papille. La surface antérieure du cristallin est tout à fait libre de tout exsudat, et la pupille, avant la dilatation artificielle faite pour cet examen, était ronde et un peu mobile.

Les évacuations ne furent plus répétées dans l'œil gauche. On ne parvint jamais à découvrir le fond de l'œil. La pupille n'est pas parfaitement transparente. Elle lit couramment les caractères

moyens. Les mouches fixes et mobiles ont disparu à droite.

Dans le droit, on fit encore à deux reprises des évacuations; à chaque reprise, la première évacuation faisait sortir une humeur aqueuse un peu trouble. Les opacités ont complètement disparu. On voit cependant la rétine encore un peu voilée; du reste, pas d'altération dans le fond de l'œil. L'iris n'a pas acquis une mobilité très prononcée. Elle se dilate facilement par l'atropine; il y a légère presbyopie. Elle lit les N°s 1 et 2, sans difficulté, mais avec un peu de fatigue pour une lecture de plus de 7 ou 8 lignes.

Du 20 mai jusqu'à la sortie, elle a pris chaque jour un gramme d'iodure de potassium et quelques purgations légères.

Elle sort malgré le conseil qu'on lui donna de continuer le traitement.

Elle se présenta le 10 juin; elle continua l'usage de l'iodure de potassium. La guérison ne s'est pas démentie. Les mouches fixes n'ont pas disparu à gauche. La santé n'avait pas amélioré pendant son séjour à l'hôpital; un court séjour à la campagne l'a beaucoup fortifiée. La menstruation dernière a été plus abondante.

LXVI.

Scléro-choroïdite postérieure se développant dans un œil affecté, depuis l'enfance, de myopie réstée stationnaire jusqu'à trente-cinq ans, à la suite d'un exercice peu forcé cependant, par lequel il dut remplacer l'autre œil devenu atrophique. — Hémorrhagies. — Destruction probable de la rétine dans un point. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Diminution de la congestion de la choroïde. — Disparition des opacités du corps vitré. — Sclérotique mise à nu par la cessation de la congestion choroïdienne. — Légère amélioration de la vue.

Angelo N., agriculteur, âgé de 40 ans, entré le 22 août, sorti le 5 septembre 1861.

Il a toujours été un peu myope de l'œil gauche, qui avait toujours été un peu strabique à l'interne. La vue de l'œil droit était très

bonne; il reçut, il y a cinq ans, un éclat de capsule dans l'œil droit qui l'atrophia complètement peu de temps après. Les douleurs ne s'éteignirent cependant que peu à peu, et au bout de plusieurs mois. L'œil gauche, qui ne souffrit jamais de douleurs, devint meilleur, et il ne s'apercevait plus de son infirmité. Mais depuis deux ans la vue s'obscurcit de temps en temps, et peu à peu ces obscurcissements devinrent plus fréquents. Depuis cinq mois, sa vue s'est considérablement affaiblie, et depuis trois mois il ne peut plus lire plusieurs mots de suite. Le champ visuel est obscurci par des taches qui le gênent toujours.

Il lit à 12 ou 15 centimètres quelques lettres du dernier numéro de Jaeger avec la plus grande difficulté. Tout le champ visuel est occupé par des mouches mobiles. Le centre est occupé par une tache fixe complètement obscure, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, à la distance de 12 ou 15 centimètres. Un tiers externe du champ visuel est aboli, les lentilles n'améliorent pas la vue; fréquentes névralgies frontales.

Chambre antérieure de dimension presque normale. Sclérotique d'une couleur très légèrement bleuâtre en haut sans ectasie. Pupille normale. L'œil se meut facilement dans toutes les directions, la pupille ne se dilate qu'après plusieurs instillations d'atropine.

La papille est un peu blanche, limitée dans tout son pourtour par une ligne noire de pigment; les vaisseaux de la papille et de la rétine ne présentent rien d'anormal; le pigment choroïdien est un peu déplacé, rare, de couleur verdâtre tout autour de la papille. Dans tout le reste du pôle postérieur la choroïde est uniformément d'un rouge éclatant et clair. En bas et un peu en dehors de la papille il y a une tache ronde, grande comme la papille, de couleur blanc rose, limitée par un piqueté noirâtre de pigment et parsemée de très petits points noirs.

Le corps vitré est transparent, mais on voit dans la partie postérieure de petits points mobiles, incolores, très nombreux; un petit corps noir verdâtre, arrondi, flotte légèrement au devant de la papille, à laquelle il est relié par deux petits fils noirs qui vont s'insérer à son bord supérieur.

L'examen ophthalmoscopique dénote une myopie avancée.

On fait chaque jour une évacuation de l'humeur aqueuse du 24 août au 4 septembre; le malade est purgé deux fois. Il prend chaque jour une douche oculaire.

La vue améliora un peu; les mouches volantes avaient disparu; la tache centrale ne se modifia pas; il lit avec un peu plus de facilité les mêmes numéros, les lentilles ne servent à rien; il marche avec assez de facilité dans la rue; la lumière ne le fatigue plus; les névralgies n'ont plus reparu dès le premier jour; la sclérotique a repris partout sa couleur blanche normale.

Le fond de l'œil est devenu par places tout à fait blanc luisant; la sclérotique est à découvert; la tache ronde est tout à fait d'un blanc nacré; on voit toujours dans le même état le corps flottant au devant de la papille; la myopie ne s'est pas modifiée.

Le malade se représente le 12 septembre; son état n'a pas changé.

LXVII.

Choroïdite chronique grave avec macération, atrophie du pigment. — Hémorrhagie probable de la choroïde et de la rétine. — Trouble général du corps vitré, avec exsudats ou corpuscules sanguins volumineux nageant dans les parties antérieures et postérieures du corps vitré dans les deux yeux. — Exsudat déposé immédiatement sur la face postérieure de la hyaloïde et probablement aussi sur la cristalloïde postérieure dans l'œil gauche. — Opacités commençantes des cristallins. — Vue presque abolie. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration. — Iridectomie. — Amélioration. — De nouveau évacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration plus prononcée encore, surtout remarquable par l'absorption presque complète des exsudats profonds et retour de la transparence des corps vitrés. — Choroïdite guérie. — Vue très notablement améliorée. — Modifications des altérations consécutives à la choroïdite et aux hémorrhagies.

Marie C., âgée de 60 ans, paysanne, de Moncucco, entre le 18 mars 1862 et sort le 16 avril 1862.

D'une stature athlétique, occupée dès son enfance aux travaux de la campagne, elle fut malade pour la première fois, il y a

deux ans, d'une fièvre de forme gastrique, pour laquelle elle fut saignée cinq fois et qui fut suivie de dyspepsie grave pendant trois mois. Depuis lors la vue baissa insensiblement dans les deux yeux à la fois, avec myodésopsie, sans autres symptômes. Depuis deux mois la vue a toujours diminué d'une façon égale. Depuis trois mois elle se fait conduire par la main.

Léger strabisme interne à droite. Yeux gros, un peu plus durs qu'à l'état normal. Veines sous-conjonctivales variqueuses dans la direction des muscles droits. Chambres antérieures petites. Pupilles de dimensions normales et lentes dans leurs mouvements. Elle voit très confusément, comme au travers d'un nuage épais et gris, les gros objets très éclairés; ainsi elle voit la fenêtre, le blanc du visage dans certaines directions seulement, que nous ne pouvons bien préciser, vu l'intelligence peu dévéloppée de la malade. Pour la même raison on ne peut que constater l'existence de quelques phosphènes.

Examen ophthalmoscopique.—Pupilles dilatées; pupilles verdâtres; à l'éclairage latéral on voit dans le cristallin de très petits points gris parsemés et tranchants sur le fond verdâtre des parties voisines moins éclairées. Dans l'œil gauche il existe une opacité centrale, profonde, de la forme d'une mèche de cheveux noirs, visible même à l'éclairage par la lumière naturelle; alors, quand on éclaire cette opacité avec la lumière naturelle de deux côtés opposés, c'est à dire en faisant tomber d'un côté un cône lumineux avec la lentille biconvexe, de l'autre en y projetant la lumière par le miroir derrière lequel se place l'observateur, on voit que cette opacité est appliquée sur la face profonde de l'enfoncement de la hyaloïde, et au devant de cette touffe de fils on voit une couche d'un reflet verdâtre qui ne se trouve qu'au devant de cette tache et qui paraît être un léger exsudat granuleux immédiatement accolé au cristallin, dont la capsule donne un reflet plus gris. Derrière ces fils immobiles nagent d'autres fils; ces derniers se trouvent dans les deux yeux. Dans les deux yeux aussi on voit très profondément des corps plus gros, irréguliers, qui nagent au devant de la rétine, empêchant l'examen lorsque le mouvement de l'œil les porte en haut. Tout le reste du corps vitré est de couleur grisâtre; on voit le fond de l'œil comme à travers un nuage, quelque soit la distance à laquelle l'observateur se place. On voit sur le trajet de quelques vaisseaux rétiniens

de petits points noirs ou bruns. Le pigment choroïdien est déplacé dans tout le pôle postérieur. Dans quelques points le pigment s'est aggloméré, dans d'autres la sclérotique est presque à nu, autour de la papille le pigment a un aspect verdâtre. A l'équateur les gros vortex sont très rouges, très amples; à gauche il y a une vaste tache noire dans la région de la *macula lutea.*

L'examen des urines ne dénote aucune altération de sécrétion.

Evacuations journalières de l'humeur aqueuse jusqu'au 26; l'humeur aqueuse, d'abord peu abondante, sort au bout de quelques jours plus abondante. La vue a amélioré pendant les 4 premiers jours. Elle peut distinguer les traits de la face et même voir la barbe. Dans les cinq dernier jours elle n'a plus amélioré. Elle a été purgée deux fois.

29 *mars.* — Examen sans dilater la pupille; on n'observe pas de changement. Iridectomie aux deux yeux du côté externe. A droite, un cinquième à peu près de l'iris est coupé jusqu'à l'insertion ciliaire, à gauche la pupille est plus petite et n'intéresse que la moitié de la largeur de l'iris. Deux jours après les opérations la vue s'éclaircit assez considérablement, et l'amélioration continue pendant cinq jours; elle distingue les personnes de très près et voit à la distance de trois ou quatre mètres le quadrant d'une grande pendule; elle ne voit aucun objet fin. — Un examen ophthalmoscopique peu prolongé ne laisse apercevoir aucun changement des altérations internes. La paracentèse est continuée chaque jour du 6 au 16 avril. — A la première l'humeur aqueuse sortit un peu trouble; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie à la suite de l'iridectomie.

La vue améliora encore. La malade sortait seule déjà le 9 mai. Cependant elle était peu satisfaite de son état, l'amélioration était peu sensible disait-elle. Les mouches volantes n'ont pas disparu.

12 *mai.* — *Examen ophthalmoscopique.* Le fond de l'œil est aperçu beaucoup plus distinctement. La pupille est de couleur rouge et non plus de couleur grise comme avant. La tache déposée immédiatement derrière le cristallin gauche a presque disparu, le cristallin ne présente plus de granulations pointillées. Les opacités plus antérieures des corps vitré ont disparu. — A l'équateur le rouge de la choroïde est moins foncé, la choroïde, sauf dans les points occupés par les plaques, est de couleur rosée. Le pigment est moins irrégulièrement disposé, par places la scléro-

tique est tout à fait à nu. Les taches rétiniennes ont toutes ou disparu, ou pris une couleur jaune claire.

16. — La malade voit les lignes des numéros moyens de l'échelle (elle ne sait pas lire) et elle distingue, les unes des autres, les lettres des derniers numéros Les opacités plus profondes des corps vitré sont plus isolées les unes des autres, paraissent plus petites (relativement au volume de points comparés de la rétine), moins nombreuses, et restent dans la partie inférieure sans se porter en haut. On ne peut, du reste, faire un examen exact de la vue qui paraît cependant abolie dans plusieurs points du champ visuel, si on en juge par les mouvements que fait la malade pour distinguer des objets même d'une petite étendue, et par la difficulté qu'elle a à diriger ses pas, difficulté qui n'est pas en rapport avec la faculté visuelle pour les petits objets. Les yeux sont bien moins proéminents, l'injection sous-conjonctivale a disparu.

La malade a pris trois purgatifs du 6 au 16. Elle a pris, du 9 au 16, un gramme d'iodure de potassium chaque jour.

LXVIII.

Hémorrhagie de la choroïde, probablement par suite d'insolation, avec perforation de la rétine et passage du sang dans le corps vitré fortement troublé, mais probablement peu altéré et dans sa moitié postérieure seulement.— Traitement par les évacuations de l'humeur aqueuse. — Retour prompt de la transparence du corps vitré. — absorption très sensible du sang épanché, sans fluidification consécutive bien prononcée du corps vitré. — Amélioration très considérable et rapide de la vue.

Firmin C., âgé de 28 ans, de Masserano, entre le 19 juillet, sort le 29 août 1861.

Il y a un mois, la vue de l'œil gauche s'affaiblit très gravement et très rapidement. En peu d'heures la cécité devint telle qu'il voyait à peine bouger quelques ombres au devant de lui.

Jouissant d'une bonne santé, quoique éprouvé par les travaux

d'agriculteur prolongés au soleil et digérant assez mal depuis quelques jours, il n'a ressenti aucune douleur, ni aux yeux ni à la tête. Deux ou trois purgations énergiques lui avaient rendu tout son appétit, mais la vue ne subit aucune variation.

Tout le champ visuel est occupé par un nuage très sombre, au milieu duquel il voit nager quelques ombres mobiles. Le nuage est gris foncé, les ombres presque noires ; le soir ce nuage lui paraît moins foncé. La couleur et l'aspect de cet obstacle à la vue n'ont jamais varié. Pupille moins mobile que celle de l'œil droit; pas d'injection péri-cornéale. L'œil droit est parfaitement sain.

La pupille ayant été dilatée, il lui semble que le nuage est plus clair. Il voit passer l'ombre de la main, mais ne peut en préciser la forme. Tout le champ pupillaire est obscurci par des corps assez nombreux, un peu mobiles, de formes irrégulières, presque tous arrondis, situés sur plusieurs plans, mais tous assez profondément situés et tranchant, par leur couleur noire, sur la couleur grisâtre générale du corps vitré.

Du 19 juillet au 20 août on fit seize évacuations de l'humeur aqueuse ; on n'en fit jamais plus d'une à chaque séance. Le malade fut purgé cinq fois avec de l'eau de sedlitz.

Chaque jour était marqué par une amélioration sensible. Le jour de l'évacuation de l'humeur aqueuse fut presque toujours marqué par un peu d'intolérance de la lumière et même par un peu de diminution de la vue. C'était dans les jours intermédiaires que le malade s'apercevait de l'amélioration.

Le 20 août, il lisait avec peine le N° 10 de l'échelle de Jaeger du côté interne; avec un éclairage intense, on peut voir le fond de l'œil comme voilé par un brouillard. Les veines de la papille et de la rétine sont très developpées et presque variqueuses. Les artères ont conservé leur calibre normal, le nombre des vaisseaux rétiniens n'est pas augmenté. On voit à l'équateur les gros vortex rouges, dilatés. Au dessus de la papille on voit une tache ronde, noire à la périphérie, un peu jaunâtre au centre, grande comme la moitié de la papille; cette tache est côtoyée par une veine et une artère de la rétine, qui ne présentent aucune solution de continuité et paraissent bien évidemment sur un plan antérieur. Au centre, la rétine offre un petit point noir faisant supposer une perforation antérieure. Il y a encore beaucoup de

corps noirs flottants dans la partie postérieure du corps vitré, ne paraissant pas avoir tendance à se porter tout à fait en bas.

L'évacuation est répétée chaque jour, jusqu'au 29 août jour de sa sortie. Le malade sort le 29 et se présente à la consultation jusqu'au 7 septembre. La pupille rétrécie ne permet pas un examen détaillé. On voit encore la rétine voilée, quelques corps flottants; les veines de la rétine paraissent moins engorgées. La tache choroïdienne n'a pas changé. La vue qui, à la sortie du malade, n'avait pas très sensiblement amélioré, s'éclaircit depuis lors avec rapidité. Il lit le N° 6, dans toutes les directions, à la distance de 12 centimètres, à 30 et même à 40 centimètres. Il voit encore quelques mouches volantes lorsqu'il fixe ses regards sur des objets lointains. La chambre antérieure qui, au moment de son entrée, était bien moins grande que celle de l'autre œil, est aujourd'hui normale. La pupille se meut un peu moins promptement que celle de l'autre œil.

Le malade a pris encore deux légers purgatifs. Il était tenu pendant 7 ou 8 heures au lit, après l'évacuation, c'est à dire un peu plus que les autres malades.

Le 17 septembre il se présente de nouveau; vue presque aussi bonne que dans l'autre œil; plus de traces d'opacités.

LXIX.

Suffusion avec exsudats des rétines. — Congestion des choroïdes. — Opacités du corps vitré. — Guérison presque complète. — Retour de la vue complète dans un œil, très notable dans l'autre.

Dominique C., âgé de 33 ans, d'Ivrée, domicilié à Turin, peintre, entre le 9 juin 1862.

Quoique rachitique, il n'a jamais été malade depuis son enfance; il s'applique depuis 9 ans à la peinture.

Depuis deux ans l'œil droit, et depuis un an et demi le gauche, éprouvent des éblouissements d'abord passagers et plus tard durant assez pour empêcher le travail pendant des heures au mois de septembre dernier. La vue a toujours été un peu myope, mais la myopie n'a jamais paru augmenter. Au mois d'octobre il eut de

fortes douleurs de tête qui l'alitèrent pendant cinq ou six jours et qui furent combattues par deux applications de sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux. L'œil droit depuis lors ne put plus lire aucun caractère. L'œil gauche, devenu également presque entièrement aveugle, guérit assez bien au bout de peu de jours ; il resta cependant toujours un peu de trouble dans l'éclat des objets qu'il regardait, et dans les mouvements de l'œil il voit quelques mouches volantes et un fort nuage qui paraît descendre puis remonter. Aujourd'hui cette altération de la vue persiste; elle ne paraît que lorsque le malade regarde en face ou en bas.

Au mois de mai dernier, après une douleur de tête semblable à celle qu'il avait éprouvée déjà au mois d'octobre, il redevint presque complètement aveugle de l'œil droit; dans l'œil gauche la vue fut considérablement diminuée; une application de sangsues, du calomel à l'intérieur, qui causa une stomatite grave, ramenèrent la vue presque comme auparavant.

De l'œil droit il voit et compte les doigts, connaît les couleurs les plus claires, distingue incomplètement les traits des personnes, mais seulement par places. A gauche il lit de 12 à 25 centimètres le N° 15; la vue se fatigue très vite.

Examen ophthalmoscopique.—Pupilles dilatées.—*Œil droit:* corps vitré assez transparent; vers son centre nagent trois ou quatre petits corps à reflet noirâtre, et lorsque la vue de l'observateur est adaptée pour cette zône du corps vitré, la pupille paraît légèrement grisâtre à un éclairage peu intense. Les corps plus gros se portent en bas et montent à la partie supérieure dans les mouvements de l'œil; papille normale; pigment péri-papillaire à reflet irisé, irrégulièrement disposé; au dehors de cette zône on voit une autre zône grisâtre et opaque, linéaire, réfléchissant peu de lumière, dans laquelle les vaisseaux rétiniens sont à peine visibles, en forme de bande étroite et faisant une couronne irrégulière et sinueuse autour de la papille, de laquelle elle conserve assez régulièrement partout la même distance; en bas et aux côtés externe et interne cette couronne s'élargit, prend la forme d'une digitation, et dans ces points les vaisseaux de la rétine passant au-dessus d'elle sont bien visibles. En haut cette bande est bien marquée, plus obscure, et empêche de voir derrière elle le rouge de la choroïde; les gros vaisseaux de la choroïde et les vortex sont très dilatés, très rouges.

A gauche, les milieux sont transparents; au fond du corps vitré, tout à fait au devant de la rétine, il y a une masse de petits corps ronds, bruns, qui montent jusqu'à la hauteur de la papille dans les mouvements de l'œil. Un peu au-dessus de la région de la *macula lutea* il y a une tache oblongue transversalement limitée par une petite ligne noire de pigment, piquetée en gris et brun, avec un point noir dans le centre, siégeant sur la choroïde. Du reste, même état de la papille et de la choroïde que dans le droit, moins l'exsudat en forme de couronne et sauf la congestion de la choroïde, qui est plus marquée, et une dilatation assez marquée des veines rétiniennes.

10 *juin.* — Paracentèse; évacuations (une par jour) jusqu'au 2 juillet avec amélioration progressive de la vue aux deux yeux, surtout à gauche.

2 *juillet.* — Œil gauche, vue tout à fait normale, très légèrement myope. L'œil droit lit à huit centimètres les numéros moyens avec un peu de peine.

Il n'y a plus de traces d'opacités dans les corps vitrés. A droite la zône opaque en forme de couronne et opaque de la rétine ne présente plus que de légères traces en haut; il n'y pas d'autres altérations visibles.

A gauche, petite tache de pigment noirâtre dans la région de la *macula lutea*; il passe un vaisseau de la rétine un peu au dessous de cette tache qui paraît être dans la choroïde.

LXX.

Amaurose glaucomateuse traumatique avec altérations multiples et graves des milieux oculaires. — Cécité. — Evacuations répétées. — Amélioration notable de la vue et retour de la transparence des milieux transparents. — Scléro-choroïdite.

Marie S., âgée de 17 ans, de Coni, entra le 23 avril 1861.

Cornéite avec ulcères superficiels dans l'œil droit; glaucome traumatique dans l'œil gauche. Adénite étendue sous-maxillaire; strabisme interne gauche.

La malade reçut, il y a sept ans, un violent coup sur l'œil gauche. Depuis lors la vue fut limitée à une imparfaite sensation de la lumière. En ce moment il y a strabisme interne, dureté prononcée du bulbe. La cornée est obscurcie superficiellement en dedans par des taches étendues, pointillées, de couleur très foncée et qui se voient bien à l'éclairage latéral. L'iris a presque disparu en haut, en bas et à l'interne, où l'on n'en voit qu'un petit filet large d'un ou deux millimètres au plus. En dehors il n'en existe pas vestiges. On ne peut faire un examen ophthalmoscopique très exact vu l'état de la cornée, mais on peut voir que la papille n'est pas régulière, que ses bords sont irréguliers avec quelques taches pigmentaires sur ses rebords. Le pigment choroïdien est irrégulièrement disposé et les lignes des vaisseaux choroïdiens très marquées d'un rouge brun. En quelques points la rétine paraît moins transparente. Le corps vitré est transparent, mais présente des lignes et quelques filaments fixes qui paraissent situés en avant près du cristallin.

La malade est très brune.

On commença par extraire les glandes hypertrophiées formant une grosse tumeur derrière l'angle droit de la machoire inférieure. On fit l'inucléation de huit glandes. En même temps on fit le traitement ordinaire des ulcères de la cornée droite. Ensuite on dirigea la cure sur l'œil gauche.

5 *mai*. — Paracentèse à l'œil gauche; il sortit très peu d'humeur aqueuse de couleur citrine. L'évacuation fut répétée deux fois par jour; au bout de cinq ou six jours l'humeur aqueuse avait considérablement augmenté. En même temps l'iris devenait plus visible; sa largeur avait augmenté du double et l'on commençait à voir un filet d'iris du côté externe. La malade compte les doigts le 12 mai.

15. — L'ophthalmoscope ne peut donner encore aucun renseignement; il est peut-être un peu plus facile d'apercevoir la papille.

La paracentèse fut continuée jusqu'au 5 juin. L'humeur aqueuse augmente chaque jour encore en quantité et devient limpide. La vue gagnait chaque jour. Elle distingue les couleurs, distingue un fil blanc d'un fil noir. Le fond de l'œil se voit bien mieux, les taches de la cornée ont disparu de moitié, les corps étrangers du corps vitré ont disparu, le fond de l'œil est rouge; la papille peu régulière, vaisseaux coronaires normaux.

16. — Strabotmie interne par ma méthode sous-conjonctivale; l'œil eut quelque tendance à faire procidence, à se porter en avant; la compression, continuée pendant quelques jours, fit rentrer le bulbe et le résultat fut excellent. La vue augmente encore chaque jour. À la fin de juin on voit bien le fond de l'œil en regardant par côté de la tache centrale cornéale, qui s'est peu modifiée; en bas et en dedans de la papille, dans une étendue assez grande, le pigment est désaggrégé, laissant voir entre les espaces interpigmentaires le blanc de la sclérotique (commencement de la macération du pigment). La vue de cet œil se fatigue et se voile de suite si elle essaye de l'exercer un peu longtemps, et l'examen ophthalmoscopique fait injecter la conjonctive.

Elle sort le 6 juillet 1861.

ARTICLE HUITIÈME

Choroïdo-iritis.

Les Observations qui suivent sont de la plus haute importance parce qu'elles peuvent faire juger de la valeur des évacuations de l'humeur aqueuse dans des affections lentes, contre lesquelles les ressources de l'art sont ordinairement impuissantes. Je crois utile de les réunir ici, parce qu'elles pourront donner une idée du parti qu'on peut tirer des évacuations combinées à l'iridectomie et de la rapidité avec laquelle ces évacuations peuvent faire disparaître les congestions de la choroïde dans les parties antérieures de l'œil; je me limite a publier les faits, le lecteur y trouvera facilement la clef et les avantages de ma règle de conduite.

OBSERVATIONS

LXXI.

Choroïdite. — Ectasie sclérotícale et staphylôme se déclarants quelques jours après une opération d'iridectomie faite pour leucoma avec synéchie et synixèse. — Inutilité d'un traitement à l'émétique et d'applications glacées. — Evacuations répétées. — Guérison prompte et complète.

Thérése P., âgée de 10 ans, de Joressa, entre le 30 septembre 1860.

Leucoma central de la cornée gauche avec synéchie et synixèse, suite de grave ophthalmie qui s'était declarée il y a dix mois dans la période d'exication de la petite vérole.

30. — Un purgatif.

1 *octobre.* — Iridectomie du côté interne avec succès, belle pupille.

3. — La malade compte les doigts.

10. — La malade se plaint d'un peu de douleur dans l'œil depuis la veille; le leucoma cède légèrement; l'œil est très dur, et tout autour de la cornée la sclérotique est tendue, bleuâtre; vue complètement nulle. Applications glacées, émétique en lavage continué les 11 et 12.

13. — Pas d'amélioration, en haut la sclérotique fait saillie, il y a un vrai staphylôme; paracentèse; deux évacuations; il sort très peu d'humeur aqueuse.

14. — Les douleurs ont cessé, il sort plus d'humeur aqueuse.

16, 17, 18, 19, 20 et 21. — Evacuations. Tous les symptômes de choroïdite ont disparu, les ectasies cornéale et sclérotícale n'ont laissé aucun vestige, l'œil voit les plus petits objets.

La guérison ne s'est pas démentie jusqu'au 15 novembre, jour de sa sortie.

LXXII.

Iridectomie pour synixèse et atrophie commençante. — Choroïdo-iritis. — Consistance normale du bulbe un an après l'opération, mais perte presque complète de l'amélioration obtenue de la vue. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Retour complet de la vue beaucoup plus prononcé qu'à la suite de l'iridectomie.

Dominique B., 63 ans, de Viù, entre le 18 octobre 1860.

Il fut opéré déjà de pupille artificielle dans l'œil gauche le 14 mai avec succès puisqu'il voyait assez pour se conduire le 25 mai de la même année, jour de sa sortie. Il avait été operé ailleurs, dit-il alors, de cataracte aux deux yeux avec phlegmon consécutif à droite ; à gauche il y avait atrésie de la pupille avec coroïdo-iritis lente et atrophie légère du globe oculaire.

La vue améliora légèrement pendant quelques mois, et depuis le mois d'avril la vue baissa insensiblement au point que depuis trois mois il ne distingue plus que le jour de la nuit.

Etat actuel. — Pupille petite, mais paraissant très libre, iris tremblant, consistance normale du bulbe; évacuations de l'humeur aqueuse du 18 octobre au 5 novembre, retour progressif de la vue, le malade voit le trou d'une aiguille le 10 novembre, jour de sa sortie. Il sent, dit-il, son œil tout à fait libre et clair.

LXXIII.

Amaurose glaucomateuse aux deux yeux, dont un déjà opéré autrefois de Corecténie — Evacuations. — Guérison. — Retour de la mobilité de la pupille artificielle.

Charlotte C., âgée de 40 ans, de Moncalieri, entre le 8 août 1860.

Opérée avec succès l'année dernière de pupille artificielle par corecténie dans l'œil gauche pour leucoma central de la cornée, elle sent sa vue diminuer dans les deux yeux depuis trois mois. Depuis

un mois elle ne peut plus lire. Congestion de la choroïde et hypérémie des vaisseaux de la rétine très forte dans l'œil droit. Yeux durs; elle voit à peine passer la main devant l'œil gauche, dans lequel la pupille artificielle est tout à fait immobile.

Du 8 au 14 août. — Evacuations de l'humeur aqueuse. Retour complet de la vue et disparition de la congestion profonde dans l'œil droit. Retour de la vue dans l'œil gauche au point de voir le trou d'une aiguille, et mobilité de la pupille dans cet œil.

25. — Elle sort; la guérison ne s'est pas démentie; yeux d'une consistance normale.

LXXIV.

Iridectomie pour leucoma central, synixèse, synéchie antérieure et staphylôme de la sclérotique. — Pupille belle, mais sans amélioration de la vue. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Retour très notable de la faculté visuelle.

Bernard M., âgé de 31 ans, de Poirino, entre le 2 septembre 1860.

Atrophie complète de l'œil droit. Opéré le 5 août 1859 de pupille artificielle au côté interne dans l'autre œil, pour leucoma central vaste de la cornée avec synixèse et synéchie antérieure, il a joui depuis cette époque d'une vue assez bonne pour lui permettre la lecture des journaux pendant onze mois. Depuis un mois, à la suite de douleurs oculaires et de névralgies frontales, il a perdu complètement la vue.

Etat actuel. — Ectasie sclérotícale large, bleuâtre au côté externe; œil très sensible au toucher, injection conjonctivale, pupille fermée par un exsudat grisâtre

2, 3 *septembre.* — Un purgatif chaque jour.

4. — Iridectomie au côté interne. On ordonne calomel et aloès 0,10 par jour.

10. — La pupille est très belle, mais le malade voit à peine passer la main devant l'œil; l'injection conjonctivale seule a disparu; paracentèse; évacuation de l'humeur aqueuse.

11, 12, 13, 15, 16, 18 et 20. — Evacuations; amélioration rapide et progressive.

25, jour de la sortie. — Le staphylôme est marqué par une tache bleuâtre large; le malade lit sans difficulté quelques lignes d'un journal.

LXXV.

Deux opérations de pupille artificielle par iridectomie externe. — Epanchement de lymphe obturant chaque fois l'ouverture pratiquée. — Troisième opération suivie des évacuations. — Conservation de la pupille malgré une grave complication de conjonctivité purulente avec ramollissement cornéal.

Antoine C., 9 ans, de Cavour, entra le 19 mars, sort en juillet 1862.

Ulcère de la cornée droite avec procidence de l'iris à la partie inférieure. Ulcère central de la cornée gauche avec synixèse; procidence de l'iris. Ponction répétée des procidences; peu à peu la tumeur se reforma moins fréquemment et la ponction faisait sortir moins d'humeur aqueuse; au bout de quinze jours les procidences étaient guéries, sans synéchie à droite; on donna 0,05 d'émétique pendant quelques jours; instillations d'atropine; quelques cautérisations obtinrent la cicatrisation complète des ulcères.

10 *avril*. — Iridectomie au côté externe dans l'œil gauche; un large lambeau d'iris fut excisé; l'opération avait été un peu difficile, l'iris se déchirant sous les tractions. La pupille était belle; pas de réaction, la pupille se ferma peu à peu.

3 *mai*. — Autre iridectomie en dehors par une incision cornéale faite un peu au dessus de la première. Un très large lambeau d'iris fut excisé, il n'y eut aucune trace d'injection péricornéale et il n'y eut pas d'hémorrhagie malgré les adhérences. Quelques jours après l'opération la pupille était très belle, très large. Peu à peu cette pupille s'obscurcit, fut obstruée par un exsudat augmentant insensiblement jusqu'au point de la fermer complètement.

10 *juin.* — Iridectomie au côté interne. On incise un large lambeau d'iris. On a la précaution de faire sortir chaque jour l'humeur aqueuse par la même ouverture, et pendant quatre ou cinq jours elle sort un peu troublée, comme séreuse. Ces évacuations furent faites pendant huit jours; on permettait au malade de se lever dès le troisième jour; il restait au lit deux heures après les évacuations, qui furent faites deux fois dans les trois premiers jours.

La pupille se conserve intacte et la vue est très bonne. Il eut à la fin de juin un impétigo facial et palpébral si grave que la forme de la paupière supérieure en a conservé quelques cicatrices légères. Il y eut ophthalmie purulente et rammollissement de la cicatrice de l'ulcère arrêtés par des cautérisations; la pupille s'est conservée très belle.

LXXVI.

Choroïdo-iri-kératite lente. — Iridectomie sans succès. — Evacuations. — Guérison et retour de la vue.

Marguerite B., 21 ans, de Scalenghe, entre le 18 août, sort le 8 septembre 1860.

Leucoma central de la cornée gauche avec synéchie antérieure partielle, choroïdite lente, cécité presque complète depuis 3 ans.

18 *août.* — Iridectomie au côté interne, excision de l'iris jusqu'à sa marge ciliaire. Les douleurs continuèrent, la vue n'avait rien gagné, elle voit à peine passer la main; injection variqueuse des vaisseaux profonds de la conjonctive et des vaisseaux profonds dans la direction des muscles droits.

29. — Une séance d'évacuations (trois évac.)

30 *août au* 5 *septembre.* — Une évacuation par jour. L'humeur aqueuse, un peu trouble, devint claire et plus abondante dès les premiers jours, les douleurs et l'injection disparurent bientôt. Elle voit le trou d'une aiguille, seulement elle ne peut distinguer les nuances peu marquées des couleurs. (Elle ne sait pas lire).

LXXVII.

Leucoma aux deux cornées, avec synéchie, synixèse et congestion de la choroïde dans l'œil gauche. — Iridectomie. — Bon résultat. — Diminution considérable de la vue. — Evacuations. — Guérison.

Marie G., âgée de 20 ans, di Verzuolo, entre le 1er juin 1861.

Leucoma central avec synixèse et synéchie antérieure de toute la marge pupillaire dans l'œil gauche; sclérotique bleuâtre; cécité depuis 17 ans.

Leucoma presque central dans l'œil droit avec synéchie partielle externe et antérieure; vue discrète.

L'affection date de 17 ans à la suite de la petite vérole.

1er *juin.* — Iridectomie dans l'œil gauche du côté externe (où il existe une plus large portion de cornée transparente).

3. — Elle compte les doigts.

5. — Elle se plaint que le peu qu'elle a acquis disparaît. On ne voit cependant rien qui puisse expliquer cette rechute, il n'y a pas douleur, la pupille est belle; paracentèse du 5 au 10 deux fois par jour. La quantité d'humeur aqueuse, qui, à la 1re évacuation était de couleur citrine, augmenta assez sensiblement et la vue devint telle qu'à sa sortie elle voit les plus petits objets et connaît toutes les couleurs. La sclérotique paraît moins bleuâtre; la vue a beaucoup augmenté du 10 au 13.

Elle sort le 13 juin.

LXXVIII.

Synixèse, pseudo-cataracte. — Congestion de la choroïde. — Staphylôme sclérotical. — Pupille artificielle. — Aucun résultat pour la vue. — Evacuations. — Guérison complète.

Modeste P., âgée de 22 ans, de Giaveno, entre le 6 septembre 1860.

Synixèse, pseudo-cataracte et synéchie postérieure dans les deux

yeux; cécité depuis six mois; iritis lente des deux côtés, staphylôme antérieur de la sclérotique au côté externe dans l'œil droit.

7 *septembre.* — Iridectomie dans les deux yeux. Succès complet immédiat à gauche; à droite, la pupille est petite et le 15 elle ne voit presque rien; aucun changement dans le staphylôme sclérotical. Evacuations de l'humeur aqueuse les 15, 16, 17, 18 et 19 (une par jour). La pupille paraît devenir plus noire, plus nette, plus grande; vue telle qu'elle enfile une aiguille de cet œil; le 20 le staphilôme s'est abaissé de moitié.

30. — Jour de sa sortie, il n'y a plus d'autre trace du staphylôme qu'une tache bleuâtre.

LXXIX.

Iridectomie dans les deux yeux pour synixèse, synéchie postérieure et cécité. — Pupilles très belles et libres. — Pas d'amélioration de la vue. — Evacuations. — Retour très notable de la vue.

Pierre B., âgé de 48 ans, de Casal, entre le 28 janvier 1860.

Aveugle depuis deux ans, à la suite d'une ophthalmie lente avec douleurs très légères qui avait duré trois ans.

Synixése, synéchie postérieure dans les deux yeux.

28 *juin.* — Purgatif.

29. — Iridectomie du côté interne aux deux yeux; pupilles très belles, mais vue nulle encore le 10 juillet. Le malade aperçoit la lumière de l'œil droit. Il voit l'ombre de la main de l'œil gauche; yeux durs.

10 *juillet.* — Paracentèse; quatre évacuations.

11. — Le malade vient seul à la visite en se dirigeant assez bien.

Autre séance de quatre évacuations aux deux yeux.

15. — Jour de sa sortie, le malade voit le trou d'une aiguille de l'œil gauche; il distingue les traits d'une personne, à moins d'un pas de distance, de l'œil droit.

LXXX.

Iridectomie dans les deux yeux pour synixèse, pseudo-cataracte et cécité ancienne. — Pupille gauche très belle. — Très peu d'amélioration de la vue. — Evacuations. — Retour complet de la vue dans l'œil droit, dans lequel la pupille était très petite, amélioration très notable à gauche. — Diminution des pseudo-cataractes.

Thérèse B., campagnarde, de Fossano, âgée de 52 ans, entre le 20 octobre 1861.

Depuis huit ans la vue baissa dans les deux yeux presque sans douleurs; il y a un an elle ne voyait plus pour diriger ses pas. Depuis deux mois elle ne distingue plus aucun objet.

Synixèse, synéchie postérieure dans les deux yeux, pseudo-cataracte blanchâtre.

20. — Purgatif.

21. — Iridectomie du côté externe aux deux yeux; pupille droite très petite, pupille gauche large.

25. — Un purgatif.

3 *novembre*. — La vue a amélioré pendant quelques jours. Depuis sept jours elle est stationnaire. A droite elle voit l'ombre de la main, à gauche elle compte les doigts; paracentèse, évacuations de l'humeur aqueuse aux deux yeux.

4, 5, 6, 7 et 8. — Evacuations (une par jour). Amélioration progressive surtout à droite.

12. — Jour de sa sortie. Elle lit de l'œil droit les caractères N° 3. La pupille a semblé s'élargir un peu et elle est plus noire, comme si des exsudats légers la voilant auparavant avaient disparu. De l'œil gauche elle voit quelques lettres des numéros moyens de l'échelle. Les pseudo-cataractes dans les deux yeux ont pris une couleur plus foncée, grisâtre.

ARTICLE NEUVIÈME

Iritis.

Il n'est peut-être pas de moyen plus prompt que l'évacuation de l'humeur aqueuse pour faire tomber l'inflammation de l'iris à l'état aigu. L'amélioration est presque toujours instantanée, les douleurs peri-orbitaires cessent souvent par enchantement. Une ou deux séances d'évacuations suffisent toujours pour juguler les recrudescences d'iritis. On obtient souvent des résultats prompts et durables chez des malades qui avaient été, sans avantage, traités pendant très longtemps par les moyens généralement recommandés. La pupille, jusque-là réfractaire à l'atropine, se dilate souvent rapidement. Les phénomènes que l'on observe à la suite de cette évacuation méritent d'être analysés : ils expliquent assez bien la promptitude imprimée de ce moyen combiné avec le traitement général.

Nous avons vu que lorsqu'on vide la chambre antérieure d'un œil à l'état normal, l'iris et le cristallin, poussés en avant par les parties profondes, viennent prendre la place de l'humeur aqueuse et se mettre au contact de la cornée. Mais en se portant en avant, quelque soit le degré de constriction de la pupille, celle-ci doit s'élargir d'autant plus que la cornée sera plus convexe, c'est à dire d'autant plus que l'espace qu'aura à parcourir le centre de l'iris sera plus grand. La distance qui existe entre l'insertion ciliaire des fibres longitudinales de l'iris et le centre de la cornée étant plus grande que celle qui existe entre cette même insertion et le centre du

cristallin (cette dernière mesure le maximum de longueur de ces fibres), il est impossible que le cristallin arrive à la cornée coiffé de l'iris. Pour cela il dilate les fibres circulaires de toute la quantité suffisante; cette dilation sera en rapport direct avec le degré de propulsion en avant de la cornée, de la distance que le cristallin devra parcourir pour se porter jusqu'à la cornée. C'est là la loi qui préside à la dilatation de tous les sphincters lorsque une force agit perpendiculairement à sa superficie.

Le fait que nous avons observé dans le glaucome, du resserrement de la pupille après l'évacuation, est loin d'être en opposition à cette explication de la dilatation de la pupille dans ces circonstances. En effet, alors, la pupille dilatée outre mesure et l'iris paralysé pour des causes qu'il n'est pas ici le cas d'étudier, reprennent leur liberté d'action dès que la pression endo-oculaire a diminué et que la pupille peut se rétrécir, parceque la distance qui existe entre elle et la cornée est très petite; la cornée s'aplatit, en effet, dans le glaucome, la chambre antérieure est en partie effacée, et l'iris déjà dilaté outre mesure. On voit, au contraire, dans le glaucome peu avancé, où la cornée a conservé encore sa convexité, où la pupille n'est que très peu dilatée, celle-ci se dilater encore un peu. Dans les glaucomes plus avancés la pupille ayant subi un degré de dilatation plus grand que celui que pourrait produire un léger degré de propulsion en avant du cristallin et de l'iris, elle peut se contracter encore et diminuer de dimensions.

Dans l'iritis la chambre antérieure conserve presque toujours pour le moins ses dimensions normales, si elle n'est pas elle-même compliquée d'autres altérations profondes; il semble même quelquefois que la distance entre l'iris et la cornée augmente. On sait bien, du reste, que dans les choroïdites compliquées d'iritis la quantité d'humeur aqueuse augmente souvent. Or, il est facile de

concevoir qu'il est possible d'utiliser cette circonstance pour rompre les adhérences de l'iris au cristallin. En faisant le vide au devant de l'iris, celui-ci tend à se porter en avant, et comme la pupille doit se dilater, les adhérences sont tiraillées et rompues si la pression postérieure est assez forte.

Il est ainsi facile d'expliquer un fait que l'on observe chaque fois que la pupille ne se dilate pas : l'iris conserve sa position et l'humeur aqueuse ne sort pas, malgré les introductions répétées du stylet. Après quelques évacuations on voit l'humeur aqueuse sortir plus facilement lorsque les adhérences sont, en totalité ou en grande partie, vaincues. Nous verrons dans les pannus, dans quelques kératites, dans les hypopyons ce phénomène se représenter ; là encore on ne pourrait en donner d'autre explication.

Les évacuations réussissent plus rapidement à dilater la pupille dans les iritis aiguës ou dans les recrudescences d'iritis chronique, que dans les adhérences suites d'iritis ; l'inflammation elle-même ramollit ces points d'adhérences. En outre, la sensibilité même de l'œil, qui est toujours très grande dans l'iritis, provoque à chaque introduction du stylet une contraction spasmodique des muscles de l'œil, et aussi la pression d'arrière en avant sur l'iris, favorisant ainsi la dilatation de la pupille.

Ce serait une grave erreur toutefois de croire que l'action des évacuations de l'humeur aqueuse n'est due qu'à cet effet mécanique, qui ne se prononce pas toujours aussi rapidement et qui ordinairement n'a lieu que lorsque l'action commune, déjà étudié plus haut sur la circulation, s'est déjà manifestée. C'est, du reste, ce que nous pouvons voir évidemment dans les réflexions qui suivent. La circulation, la nutrition se régularisent, et à mesure que les symptômes de l'inflammation diminuent, l'action de la belladonne devient plus efficace ; la sécrétion de l'humeur aqueuse redevient normale ; l'absorption de l'atropine se fait plus facilement.

Quelle que soit l'espèce d'iritis, lorsqu'elle est à l'état aigu ou lorsque à l'état chronique elle dure depuis quelque temps déjà, l'humeur aqueuse ne sort presque jamais limpide; la couleur diffère un peu, selon les espèces d'iritis. Lorsque l'iritis est simple, sans complication bien prononcée des parties voisines, elle prend une couleur légèrement orangée; cette couleur devient plus foncée, se rapprochant du sérum du sang, coulant avec plus de difficulté sur la joue lorsque l'iritis accompagne une affection des parties antérieures de la choroïde. Si, au contraire, l'iritis a pris la forme séreuse, s'il a en même temps des cheménite, kératite interlamellaire ou ponctuée profonde, l'humeur aqueuse a une couleur blanchâtre, albumineuse, comme légèrement huileuse. On peut observer, du reste, toutes les nuances intermédiaires qui paraissent être assez bien en rapport avec la prédominance de l'une ou de l'autre de ces complications de l'iritis. La chambre antérieure s'éclaircit toujours plus ou moins selon l'obscurcissement de l'humeur évacuée et à mesure qu'elle se reproduit plus limpide, cet éclaircissement devient constant. Du reste, ce retour de limpidité de l'humeur aqueuse est le phénomène qui paraît le plus intimement lié à la disparition des douleurs. L'iritis a-t-elle une marche chronique ou aiguë, présente-t-elle des recrudescences dans le cours même du traitement, il est bien rare qu'on ne voie en même temps l'humeur aqueuse devenir d'autant plus trouble que ces signes de l'inflammation, quelle qu'en soit la forme, sont plus prononcés; on trouve quelquefois des globules de pus lorsque l'iritis est devenue rapidement aiguë. Si elle est ancienne on découvre des débris d'épithélium de pigment. Nous verrons plus loin que dans l'iritis ou dans l'irido-choroïdite consécutive aux opérations on peut rencontrer des éléments divers, fragments du cristallin, etc.

La quantité de l'humeur aqueuse ne peut pas ordinairement être bien appréciée, parce qu'il est souvent dif-

ficile, surtout à l'état aigu, de vider complètement la chambre antérieure, sans introduire à plusieurs reprises le stylet. Les dimensions de la chambre antérieure, du reste presque toujours très augmentées par le retrait en arrière de l'iris, dans les iritis non compliquées de choroïdites chroniques, et surtout dans les iritis à forme séreuse, exsudatives, aiguës, peuvent bien donner la mesure de cette humeur, qui est presque toujours augmentée. La reproduction dans les cas aigus est rapide, et c'est là une indication et un avantage, en même temps; on doit à chaque séance évacuer deux, trois fois l'humeur aqueuse. La facilité avec laquelle on peut vider la chambre antérieure, est ici un signe auquel on devra recourir pour mesurer cette nécessité de multiplier les évacuations. Nous avons déjà vu en effet, que l'humeur aqueuse, en général, sort d'autant plus facilement que l'iritis est moins aiguë et moins grave.

Nous avons préféré réunir dans d'autres chapitres les Observations d'hypopyons, de kératites avec iritis, d'iritis avec choroïdites, d'iritis suites d'opérations; nous aurons l'occasion de revenir sur ces phénomènes d'une façon plus particulière encore, et d'étudier les applications du nouveau moyen aux diverses formes de l'iritis. Nous noterons simplement ici le parti qu'on a pu en tirer dans les iritis syphilitiques avec condylômes. Le condylôme est un véritable abcès de l'iris; l'humeur aqueuse est toujours très trouble, et on y retrouve une très grande quantité de débris d'épithélium plus ou moins altérés, des noyaux à nucléoles très nombreux dès le commencement même de l'affection. Dans de pareils cas les évacuations de l'humeur aqueuse sont non seulement le moyen le plus prompt de subjuguer une inflammation qui parfois peut menacer gravement l'œil entier, de combattre les hypopyons qui se seraient déja formés, mais aussi souvent d'empêcher les progrés de l'affection elle-même, de provoquer l'absorption sur place des condylô-

mes; on peut le voir dans une des Observations où l'affection était si grave que l'iris avait été totalement détruit dans les points occupés par les abcés, laissant, comme une boutonnière, une perte de substance dans l'iris. Plus peut-être que dans toute autre forme d'iritis, la douleur, les névralgies qui accompagnent l'affection, sont momentanément éteintes après chaque évacuation, laissant au traitement général spécifique, qu'on ne doit jamais négliger de continuer, le temps d'agir contre la cause du mal.

L'injection péricornéale, les douleurs, le trouble de la chambre antérieure reparaissent encore pendant quelques jours, mais à intervalles d'autant plus éloignés que les progrés de l'amélioration sont plus prononcés. Cette amélioration momentanée peut durer de quelques heures à un temps bien plus long. Les malades eux-mêmes, quoique l'introduction du stylet soit quelquefois douloureuse, surtout lorsque l'affection très aiguë est accompagnée de chémosis, qui rend un peu plus difficile de trouver immédiatement l'ouverture pratiquée à la cornée, demandent ces pansements qui procurent des soulagements momentanés, il est vrai, mais très sensibles et goutés à cause du repos qu'ils permettent de prendre. On peut même souvent ainsi juguler des accès à forme intermittente, ou au moins en diminuer beaucoup l'intensité et la durée.

Nous aurons l'occasion de vérifier plus loin un fait que nous pouvons aussi constater très souvent à la suite des iritis. Les évacuations font disparaître rapidement les taches de pigment qu'il est si fréquent de rencontrer sur le cristallin après la dilatation de la pupille. Ainsi, il sera utile de continuer ces évacuations quand il sera resté quelques unes de ces taches; on voit s'éclaircir peu à peu la pupille. C'est surtout lorsque les adhérences de l'iris nécessitent l'opération de l'iridectomie, d'une pupille artificielle, que nous devons

recourir à ces évacuations. Nous n'ajoutons rien ici, renvoyant aux Observations, surtout de choroïdo-iritis, dont la lecture fera bien mieux comprendre le parti qu'on peut tirer encore de ces évacuations réunies à l'iridectomie, pour éteindre complètement et plus rapidement l'inflammation, pour obtenir l'absorption des exsudats, pour effacer, en un mot, plus ou moins complètement les effets de l'iritis elle-même.

Du reste, comme on peut le voir dans les Observations suivantes, on ne doit négliger aucun des moyens communément employés pour vaincre l'iritis. Ce n'est point là une pratique exclusive; lorsque les instillations mydriatiques, un traitement altérant ou antiphlogistique léger, ne produisent pas d'effet, ou qu'on juge que ces moyens ne pourront pas suffire pour vaincre, arrêter rapidement la maladie, on devra recourir aux évacuations, qui feront bientôt cesser les douleurs et tomber l'inflammation. En instituant, ainsi le traitement on épargnera au malade bien des saignées, on évitera les effets de traitements généraux énergiques et prolongés qui détériorent la santé déjà affaiblie par les causes mêmes de l'affection locale. Bien souvent ce moyen rendra des services signalés en permettant de recourir de suite à un régime reconstituant convenable à l'état de l'organisme, sans avoir à insister sur les antiphlogistiques qui semblent indiqués par l'acuité du mal, mais qui en réalité ne font que rendre plus fréquentes les récidives de l'affection.

OBSERVATIONS

LXXXI.

Iritis syphilitique avec condylômes. — Névralgies intenses. — Evacuations. — Cessation prompte de la douleur. — Absorption sur place de l'abcès de l'iris avec destruction de la portion de l'iris correspondante à l'abcès.

François P., âgé de 31 ans, de Ronciglione, entre le 10 décembre 1861.

Vestiges de papules muqueuses sur les tonsilles; traces de roséole, engorgement des glandes cervicales et anti-auriculaires; bubon inguinal suppurant à gauche depuis quatre mois et demi; glandes inguinales en chapelet; ulcère induré au prépuce depuis cinq mois. Deux traitements mercuriels de très courte durée, incomplets dans ces trois derniers mois.

Iritis aiguë avec névralgies continuelles et recrudescences nocturnes; deux condylômes sur la marge pupillaire dans l'œil droit. Iritis sub-aiguë à gauche.

On ordonne des frictions mercurielles chaque jour, et iodure de potassium 1 gramme par jour. Pas d'amélioration.

28 *décembre.* — Iritis devenue aiguë à gauche; petit condylôme au côté interne du côté gauche. Paracentèse aux deux yeux; évacuation de l'humeur aqueuse répétée le soir; l'humeur aqueuse très trouble; pas de douleurs le soir.

Jusqu'au 3 janvier, deux évacuations par jour (matin et soir); jusqu'au 7, une par jour.

3 *janvier.* — Les douleurs avaient disparu complètement.

Les condylômes disparurent peu à peu sans se percer.

10. — Il n'y avait plus d'autre trace qu'une tache noire marquant le siége de l'abcès de l'iris, dans chaque point où il y avait eu condylôme; l'iris manque dans ces points comme s'il avait

été coupé avec un *emporte-pièce*. Les pupilles commençaient à se dilater.

Le traitement mercuriel guérit la syphilis, fit disparaître presque toutes les synéchies. La marge pupillaire est toujours entaillée aux points occupés par les condylômes (27 mars 1862).

LXXXII.

Iritis syphilitique très aiguë aux deux yeux. — Névralgies intenses. — Evacuations. — Cessation prompte des douleurs. — Guérison prompte. — Traitement mercuriel.

Félix C., âgé de 32 ans, de Verceil, entre le 1er octobre 1861, sort le 9 octobre.

Iritis dans les deux yeux avec synéchie postérieure depuis trois mois. Douleurs péri-orbitaires intenses, surtout le soir, empêchant le sommeil depuis plus de deux mois. Syphilide papuleuse, tubercules muqueux au gosier. Trace de chancre enduré sur le prépuce, cicatrisé; depuis plus de quatre mois la vue a commencé à faiblir; les douleurs ne se sont déclarées qu'il y a trois mois.

1 gramme d'iodure de potassium, 5 centigrammes de protoiodure de mercure et plusieurs instillations d'atropine chaque jour. Les douleurs ni les adhérences ne cèdent. Le cinquième jour, paracentèse cornéale et deux évacuations de l'humeur aqueuse dans la journée. Le malade dort le soir. Le lendemain deux évacuations; la pupille droite est complètement dilatée.

8 *octobre*. — Dilatation complète de la pupille gauche.

9. — Le malade sort. Le 8 et le 9 on a fait trois évacuations.

11. — Il se présente à la consultation et les pupilles encore un peu irrégulières à sa sortie, sont parfaitement rondes et à demi dilatées encore. Les douleurs n'ont pas reparu. Il a continué la cure interne.

LXXXIII.

Iritis. — Evacuations. — Guérison.

Laurent C., âgé de 32 ans, de Cercinasco, paysan, sujet à éruption squammeuse chaque année sur tout le corps (dont il conserve des traces sur les coudes et les genoux, psoriasis); dans cette saison il s'exposa au froid et l'éruption ne parut pas. Au mois de mars, après avoir ressenti des éblouissements dans l'œil droit pendant quelques jours, il eut de fortes douleurs sus-orbitaires continues, s'exacerbant vers le soir. Quelques saignées, des sangsues, des purgatifs diminuèrent les douleurs sans les faire cesser et sans empêcher que la vue ne diminuât chaque jour.

Il entre le 19 avril 1860; élancements légers péri-orbitaires continus; pas de photophobie, cercle radié des vaisseaux autour de la cornée; chambre antérieure trouble, laissant voir l'iris et la pupille comme à travers un brouillard; synéchie postérieure sur laquelle l'atropine n'a aucun effet; vue très trouble, presque nulle le matin; vers le soir il peut voir confusément de gros objets.

On donna jusqu'au 22 du calomel à haute dose à l'intérieur, l'on fit de fréquentes instillations d'atropine, des frictions mercurielles péri-orbitaires. Il se déclara salivation sans changement aucun dans l'œil.

22. — Paracentèse (quatre evacuations), humeur aqueuse trouble, citrine, pas de changement.

23. — Salivation augmentée; on cesse le calomel et les frictions.

25. — Pas de changement, la salivation a cessé; paracentèse, légère hémorrhagie (quatre évacuations).

26. — La chambre antérieure est limpide, la pupille est un peu et irrégulièrement dilatée.

28. — Paracentèse (quatre évacuations), humeur aqueuse limpide.

Il sort le 29. La pupille est très dilatée, encore très peu irrégulière à sa marge. L'injection a disparu. Légère tache de pigment sur la capsule. Le cristallin est transparent; la vue est telle qu'il peut lire les caractères moyens, cependant un peu confus.

On ordonne des pilules de calomel.

LXXXIV.

Iritis chronique. — Recrudescence. — Inutilité d'un traitement antérieur. — Evacuations. — Guérison de la névralgie. — Rupture des adhérences de l'iris.

Dominique T., âgée de 42 ans, de Bagnolo, entre le 19 mars 1860.

Iritis lente simple avec synixèse totale dans l'œil droit, affection durant depuis cinq ans. Iritis à gauche, avec synéchie postérieure depuis 3 mois. Dans les deux yeux l'affection est accompagnée de douleurs sourdes continuelles, avec exacerbations fréquentes et très aiguës. En ce moment il y a névralgie intense des deux côtés depuis 10 jours.

19 *au* 30. — Instillations fréquentes d'atropine, scarifications palpébrales, 0,15 de calomel et 1 gramme de jalap chaque jour.

30. — Pas d'amélioration. Depuis deux jours névralgie plus intense, photophobie, injection conjonctivale à gauche. Paracentèse, 4 évacuations au deux yeux. La douleur disparaît pour ne plus revenir.

5 *avril.* — La pupille gauche est dilatée un peu et irrégulièrement. Paracentèse, 4 évacuations dans l'œil gauche.

6. — Pupille très largement dilatée, irrégulièrement en dehors. La vue est passablement bonne.

La malade sort le 8. Ella a continué à prendre le calomel et jalap.

LXXXV.

Iritis lente. — Evacuations. — Guérison.

Joseph P., 37 ans, entré le 25 avril 1860.

Iritis tantôt lente, tantôt aiguë de l'œil gauche depuis 7 ans avec synéchie et synixèse partielle. Atrophie de l'œil droit depuis 11 ans, iritis et synixèse. A son entrée l'affection est aiguë; il y a cécité, névralgie ciliaire, trouble de la chambre antérieure.

L'individu est affaibli par les saignées, toujours abondantes, qui lui furent pratiquées à chacune des fréquentes recrudescences de son mal; saignées qui, lorsqu'elles diminuaient la douleur, n'amélioraient que peu ou point la vue qui diminuait ainsi continuellement à chaque récidive.

26 *avril.* — Paracentèse (4 évacuations): humeur aqueuse de couleur légèrement citrine.

28. — La névralgie a disparu, la chambre antérieure paraît plus claire. Paracentèse (4 évacuations); humeur aqueuse en peu moins troublée.

3 *mai.* — Le malade dit que sa vue a gagné quelque peu. Chambre antérieure très claire. La pupille paraît elle-même moins encombrée; il distingue les doigts. Paracentèse; humeur aqueuse limpide. Il n'a plus aucun ressentiment de douleur.

8. — Paracentèse. Dès lors l'iritis fut complètement guérie, la chambre antérieure limpide. L'exsposition à un soleil ardent ne réveillait aucune douleur.

La synixèse persistant et la dilatation par l'atropine étant impossible, on fit, avec succès complet, l'iridectomie du côté interne pour avoir une pupille artificielle.

L'iris était profondément altéré; le malade voit les objets les plus petits. La guérison persistait au 1er juillet.

LXXXVI.

Iritis lente. — Evacuations. — Guérison.

Emilie M., 21 ans.

Iritis lente depuis quatre ans avec synéchie postérieure presque totale dans les deux yeux, qui avait résisté aux traitements antiphlogistiques les plus énergiques et à tous ceux ordinairement employés en pareil cas. — On pratiqua la paracentèse quatre fois et l'on fit des instillations d'atropine. La seconde et la troisième paracentèse donnèrent lieu à une légère hémorrhagie, ce qui peut être attribué aux adhérences de l'iris et à la varicosité des vaisseaux. Il y eut amélioration telle, qu'elle put lire de nouveau, ce qu'elle ne faisait plus depuis trois mois (avril 1860).

LXXXVII.

Iritis. — Hypopyon. — Evacuations. — Guérison.

Marie M., 18 ans (mai 1860).

Iritis double lente; recrudescence avec hypopyon dans les deux yeux; névralgie ciliaire, diminution de la vue. — Paracentèse; l'hypopyon disparaît deux jours après; la névralgie n'existe plus; l'atropine peut dilater la pupille, ce qu'elle ne faisait pas.

26 *juin.* — Recrudescence malgré l'administration continuée de calomel et les instillations d'atropine. Nouvelle paracentèse; retour à l'état sain.

LXXXVIII.

Iritis. — Inutilité du traitement ordinaire. — Evacuations. — Guérison.

Louis B., âgé de 32 ans, de Chieri, entre le 18 janvier 1860.

Affecté d'iritis séreuse dans l'œil droit avec adhérences irido-capsulaires et névralgies à forme presque intermittente. Il avait déjà été guéri d'iritis l'année dernière dans l'œil gauche. Le malade prend du sulfate de quinine à plusieurs reprises, chaque fois avec amendement, mais aussi avec prompte rechute. Le malade prend du calomel. Enfin je fis deux séances d'évacuations. Guérison prompte et durable; la pupille se dilate bien sous l'influence de l'atropine, ce que l'on n'avait pu obtenir jusque-là. Il sort le 28 février.

LXXXIX.

Iritis. — Evacuations. — Guérison.

Caroline J., âgée de 20 ans, de Verceil, entre le 2 février 1860.

Iritis grave lente depuis cinq mois dans les deux yeux; synéchie postérieure dans les deux yeux, plus complète dans le gauche.

Dysménorrhée depuis six mois; on fit à deux reprises la paracentèse avec quelques évacuations. La malade prit dix centigrammes de calomel par jour: deux ou trois instillations d'atropine chaque jour. Elle sort presque complètement guérie, le 28 février.

Elle avait subi auparavant pendant cinq mois divers traitements énergiques, tels que saignées, sangsues, calomel à haute dose, purgatifs; toujours inutilement.

XC.

Iritis rebelle. — Iridectomie. — Evacuations. — Guérison.

Jean D., âgé de 56 ans, de Mondovi, entre le 8 janvier 1861.

Soigné depuis deux mois à la consultation pour iritis avec douleurs névralgiques très fortes à l'œil droit, avec synixèse complète dans l'œil droit. Conjonctivite granuleuse aux deux yeux. La cornée droite est très peu transparente, elle est couverte de facettes.

L'affection date d'un an. Il a déjà été soigné inutilement par des sangsues, saignées, purgatifs etc. La conjonctivite avait amélioré beaucoup déjà, mais l'iritis, que l'on avait soigné avec frictions péri-orbitaires de mercure et de belladone, pilules d'aloès et calomel, quinine, avec amélioration momentanée, présente de temps en temps, presque chaque 10 ou 15 jours, des recrudescences, et la cornée ne s'éclaircit pas. Je fis, le 8 janvier, l'iridectomie du côté interne et des évacuations pendant deux jours. Les douleurs ne reparurent pas. La cornée devint peu à peu un peu plus transparente, et il voit assez pour se conduire, pour distinguer la face.

La guérison se maintient au mois de juillet.

ARTICLE DIXIÈME

—

Hypopyon.

On est étonné, en consultant les auteurs, de trouver une divergence si grande sur l'opportunité de la paracentèse par la cornée dans les hypopyons. Elle était conseillée par Maître-Jean, Richter, Manchard, Wardrop et Langenbek. Monteath assure que la cornée s'ulcère nécessairement dès que la lymphe purulente monte jusqu'à la hauteur de la pupille. Gierl et plus tard Carron du Villards conseillèrent même l'incision de la sclérotique pour faire sortir le pus de la chambre postérieure. Janin, Beer, Schmidt, Richerand, Jang, Weller, Deshais, Gendron, Lawrence et Jungken sont contraires à cette opération. Le célèbre Scarpa disait qu'elle ne faisait qu'augmenter l'inflammation qui est la cause unique de l'hypopyon, et que, du reste, un simple traitement antiphlogistique suffit toujours pour déterminer l'absorption du pus épanché. Beck, Rosas, Middlemoore, Leveillé, Rognetta, M. Makensie, ne percent la cornée que lorsque l'épanchement est abondant et la douleur intolérable.

Entre des préceptes si différents on serait bien embarassé de se décider ; mais la gravité, la persistance et le siége réel de la maladie, les causes diverses qui peuvent produire l'épanchement, les complications nombreuses qui l'accompagnent souvent, sont les seules règles qui doivent guider le praticien, et seules elles peuvent rendre raison des discussions interminables

auxquelles donne lieu l'appréciation de cette méthode.

Le but que l'on se propose est d'enlever une cause grave d'irritation sur les membranes, au contact desquelles se trouve le pus, et d'empêcher ainsi non seulement l'extension de l'inflammation, mais l'organisation de l'épanchement et les occlusions de la pupille. Or, en agissant comme on l'a fait jusqu'à présent, voyons si l'on atteint le but qu'on se propose.

Il a été facile, pour quiconque a employé ce moyen, de se convaincre que rarement le pus sort spontanément après l'incision de la cornée; il est rare que le pus soit liquide ou assez delié dans l'humeur aqueuse pour sortir facilement.

Quelques fois, après avoir largement incisé la cornée dans le point le plus déclive, le pus s'écoule lentement pendant plusieurs heures; ici la nature, aidée par cette large incision, fait ce que le chirurgien peut facilement imiter; l'humeur aqueuse en se renouvelant entraîne, à mesure qu'elle se reproduit et sort spontanément, le pus concréfié qu'elle a imbibé, ramolli et qu'elle tient en suspension. St-Yves et plus tard Carron du Villards, frappés de l'insuffisance très fréquente de ces incisions, prescrivaient même d'entraîner la collection puriforme à l'aide d'injections d'eau tiède. On a proposé aussi d'extraire de force le pus concréfié à l'aide de pinces, de curettes: mais si on songe que rarement le pus conserve sa fluidité, on n'est pas étonné que la plupart des praticiens, sans admettre comme Scarpa qu'on peut toujours vaincre l'hypopyon par les antiphlogistiques, répugnent d'employer une de ces manœuvres qui pourtant ont donné parfois de bons résultats.

Leclerc, dans son traité publié en 1743, et plus tard M. Adelman, recommandent d'introduire dans la chambre antérieure et à travers une ouverture pratiquée à la cornée, un instrument composé essentiellement d'un

petit tube de verre, avec lequel on fait la succion de l'épanchement. M. Adelman dit que cette opération n'est indiquée et utile que dans les cas d'hypopyon traumatique. On devrait ajouter à cette restriction, qu'on ne pourra la mettre en exécution, que lorsqu'il sera bien constaté que le pus a conservé sa fluidité; car, même dans les hypopyons traumatiques, le pus est presque toujours concréfié et même adhérent.

En effet, à moins que la cornée n'ait été transpercée dans toute son épaisseur et largement, le pus ne pénètre pas directement dans la chambre antérieure. La lame élastique profonde s'y oppose. Par loi de gravité, le pus fuse plus ou moins et lentement entre les lamelles cornéales moins résistantes, et ne pénètre dans la chambre antérieure que loin du lieu de sa formation. On peut bien suivre ces traînées purulentes lorsqu'on en examine la formation avant l'extension de l'ulcération. Les douleurs névralgiques qui se déclarent alors, l'iritis, et mieux encore l'examen mycroscopique de l'humeur aqueuse qu'on a pu faire quelques fois avant la formation même de l'hypopyon, démontrent évidemment que le pus pénètre peu à peu dans l'humeur aqueuse, sans que celle-ci ne puisse échapper. Il est donc bien facile de s'expliquer pourquoi alors le pus non seulement doit être concréfié, mais pourquoi il contracte des adhérences si intimes avec la face profonde de la cornée et souvent avec l'iris depuis longtemps irrité. Ce que l'on voit à la suite de ces ulcères traumatiques, on peut souvent aussi le constater dans les ulcères produites par d'autres causes.

Mais, en supposant même que le pus ait été complètement évacué, on n'aura encore que momentanément soustrait une complication de la maladie qui l'a produit et bientôt l'hypopyon se reforme; c'est ce que l'on observe presque toujours. La douleur, l'injection péricornéale, le chémosis cessent ou diminuent promptement après

la paracentèse même lorsque le pus n'a été que partiellement évacué ; mais quelques heures après au plus, selon la rapidité de la reproduction, la douleur et les autres symptômes reparaissent, pour disparaître de nouveau après chaque évacuation et pour un temps plus long. Walther, croyant que l'opération pouvait influer dans cette recrudescence, ne pratiquait la paracentèse que lorsque la période aiguë de l'inflammation était passée. La présence du pus dans la chambre antérieure produit l'extension de l'inflammation aux parties, au contact desquelles il se trouve ; il n'est donc pas étonnant que l'hypopyon se reproduise souvent avec une intensité plus grande, par l'augmentation même de l'étendue et de l'acuité de la maladie, mais non point par suite de l'incision cornéale que l'expérience a appris à bien moins redouter qu'au temps de Scarpa. En effet, il n'est point étonnant que le pus, se reproduisant encore promptement pendant quelque temps, n'augmente encore l'inflammation de l'iris et des parties déjà primitivement affectées sur lesquelles il repose, sans qu'on doive l'attribuer à une incision, aux introductions du stylet toujours si innocentes. Du reste, ce ne sont là que de rares exceptions ; bientôt les douleurs ne reparaissent plus, et souvent le pus est très promptement absorbé. Ce n'est que dans les cas les plus graves que ces phénomènes sont observés.

Quelle sera donc la règle à suivre ? Il est évident qu'en éloignant le pus de la chambre antérieure, on enlève une complication fâcheuse. On fera dans un point déclive de la circonférence cornéale une incision un peu plus large que lorsqu'on veut simplement évacuer l'humeur aqueuse. Aucune manœuvre ne sera tentée pour extraire le pus qui ne sort pas spontanément, à moins que quelque caillot un peu trop large pour sortir de lui-même ne se présente à l'ouverture. Le soin d'emporter le pus est confié à l'humeur aqueuse que l'on

évacue par la même ouverture, deux, trois fois par jour, autant que le cas l'exige. En se renouvelant, l'humeur aqueuse se charge chaque fois d'un peu de pus, ce dont on peut se convaincre bien facilement par l'aspect gluant et sale qu'elle prend, ou par l'examen mycroscopique lorsque le pus, très solidifié déjà, ne se dissout que peu et laisse couler l'humeur aqueuse encore limpide.

On peut mieux se convaincre encore de cette propriété qu'a l'humeur aqueuse de se charger du pus concrefié après l'avoir amolli et dissout, lorsque, comme M. Desmarres l'a essayé dans quelques cas d'hypopyon opiniatre, on ouvre la cornée au dessus de l'hypopyon ; si au lieu de se limiter à faire une ou deux évacuations coup sur coup, on les répète pendant plusieurs jours, on observe très bien la présence du pus dans l'humeur aqueuse jusqu'à la disparition complète de l'hypopyon.

On peut s'assurer, par les Observations suivantes, qu'on peut obtenir presque toujours des succès dans des cas d'hypopyons excessivement étendus, avec complications très graves, quelquefois avec ramollissement très étendu de la cornée, qu'on peut en un mot sauver des yeux qu'on pouvait considérer comme condamnés.

On notera bien dans la plupart de ces Observations, que le chirurgien ne doit pas se lasser de faire l'évacuation de l'humeur aqueuse quelquefois pendant des semaines. Le pus se reproduit pendant bien longtemps, et dans le temps qui sépare une évacuation de l'autre, c'est à dire ordinairement huit ou dix heures, l'hypopyon qui s'était abaissé pendant l'opération, remonte au même niveau. L'humeur aqueuse dissout chaque jour une mince couche de pus concréfié et chaque jour on en voit, après l'opération, baisser le niveau. La reproduction ne diminue souvent de sa rapidité que lorsque tout ou grande partie de l'hypopyon préexistant a disparu. Enfin, tout l'hypopyon a disparu, le pus ne se reproduit plus; par précaution, il sera prudent quelquefois encore de

répéter les évacuations, si le mycroscope accuse encore la présence de quelques cellules de pus. Du reste, comme nous allons le voir, en insistant on combat l'iritis qui peut persister encore.

Généralement, si l'altération n'est pas très étendue, on voit l'ulcère se restreindre et se cicatriser vers ses bords; lorsque le pus a disparu rapidement, il est utile quelquefois de cesser les introductions et de faire quelques cautérisations de l'ulcère avec une solution de nitrate d'argent.

Il arrive quelques fois dans les cas d'ulcères étendus de la cornée, avec hypopyon rebelle et étendu, qu'au moment où la reproduction du pus paraît céder, l'on trouve presque tout d'un coup l'ulcère rempli de lymphe coagulée qui empiète un peu sur ses bords, de sorte qu'on pourrait croire que l'ulcère s'est agrandi; mais après quelques jours, et par quelques cautérisations légères, on obtient la cicatrisation de l'ulcère et la disparition de la lymphe, et on constate bientôt la disparition du pus dans la chambre antérieure.

Il arrive alors ce que nous avons vu déjà dans les iritis. L'iris, enflammé par la présence du pus, a contracté des adhérences postérieures; tout d'un coup, lorsque celles-ci ont cédé par la diminution de l'inflammation et leur ramollissement, la pression exercée d'arrière en avant par le cristallin et les parties profondes fait disparaître la chambre antérieure. Le cristallin et l'iris viennent au contact de la cornée et le pus reste au devant de l'ulcère. L'hypopyon a disparu et avec lui les complications internes qui maintenaient vive l'inflammation. On conçoit aussi qu'une synéchie partielle antérieure, un peu d'opacité centrale du cristallin en correspondance du leucoma de la cornée, ne peuvent empêcher de pratiquer plus tard une pupille; c'est donc une heureuse terminaison d'une maladie presque incurable.

Ce n'est en effet que lorsque la cornée est largement

ulcérée que l'on observe cette disparition subite de la chambre antérieure. Dans la plupart de ces Observations on peut constater que ces adhérences se diminuent aussi dès que l'inflammation paraît céder, et toujours ce phénomène coincide avec une amélioration rapide.

Lorsque l'hypopyon s'observe à la suite d'abcès de la cornée non encore ouverts au dehors, on peut assez ordinairement empêcher l'ulcération externe. Les évacuations favorisent plutôt l'ouverture de l'abcès à l'intérieur; on peut même voir quelquefois cette rupture de l'abcès au dedans pendant l'évacuation elle-même, lorsqu'on a préféré recourir à ce moyen, qu'à la perforation même de l'abcès. Cette ouverture de l'abcès au dedans présente un avantage, car les opacités consécutives de la cornée disparaissent ensuite bien plus complètement; on sait du reste qu'il est bien rare que ces abcès, quoique ouverts au dehors, ne laissent parvenir le pus dans la chambre antérieure. Lorsque l'abcès s'est ainsi percé à sa face profonde il se déclare une nouvelle recrudescence des douleurs, l'hypopyon augmente pour disparaître comme dans les autres cas. Les parois antérieures de l'abcès s'affaissent et on peut bien, avec la loupe, reconnaître qu'il n'y a pas ulcère externe; cela devient ensuite plus évident lorsque, au devant des opacités interlamellaires qui subsistent pendant quelque temps dans la cornée, on voit la couche superficielle de la cornée, transparente, à peine ponctuée dans sa couche épithéliale; ces ponctuations disparaissent bientôt; l'opacité interlamellaire, quoique assez forte, s'efface aussi, s'absorbe peu à peu, ne laissant quelquefois aucune trace au bout de quelques semaines.

Dans l'hypopyon, comme dans l'inflammation de la membrane de Deschemet et dans les iritis simples, il est souvent difficile d'évacuer l'humeur aqueuse. Il faut introduire à plusieurs reprises le stylet et bien loin quelquefois dans la chambre antérieure pour la vider com-

plètement. Cela peut dépendre de deux causes. Le pus, concréfié et aggloméré vers le bas, n'en permet pas la sortie à moins que le stylet ne creuse dans l'hypopyon lui-même une voie qui se ferme bientôt. En outre le pus lui-même et les adhérences postérieures de l'iris empêchent au cristallin et à l'iris de se porter en avant; il manque la cause principale de la sortie de l'humeur aqueuse si facile dans les circonstances ordinaires.

Ce qui vient d'être dit et ce que l'on a pu lire de l'effet des évacuations de l'humeur aqueuse dans les iritis et les irido-choroïdites, nous évitent de nous étendre davantage sur les hypopyons, suites de ces dernières maladies. Le mode de traitement ne sera pas différent. Les saignées blanches de l'œil feront réabsorber le pus et vaincront la maladie principale, comme elles la guérissent lorsqu'elle est exempte de ces complications, et comme elles la guérissent lorsqu'elle n'est que l'effet dejà de la présence du pus. Causes et effets trouvent leur avantage. Les Observations suivantes le diront assez.

Quels seront les cas dans lesquels le chirurgien devra recourir à ce moyen? Question impossible à résoudre si l'on veut se limiter à n'employer cette méthode que dans les cas où la guérison ne peut s'obtenir autrement. Telle n'est point ma pratique.

Si l'hypopyon est récent, léger, que l'on puisse espérer par des moyens simples la résorption du pus et la guérison de l'affection de l'œil qui l'a produit, on peut se limiter à ces moyens. Mais on doit avoir en vue trois faits importants: l'innocuité d'une incision cornéale et des évacuations répétées de l'humeur aqueuse; le danger, les inconvénients d'un traitement antiphlogistique prolongé; ces évacuations combattent l'iritis ou l'irido-choroïdite, qu'elles soient effet ou cause de l'hypopyon. Non pas que l'on doive oublier et négliger l'emploi des

moyens internes, mais on évite ainsi une dépression trop considérable des forces du malade, et là où l'on ne peut rien obtenir du traitement antiflogistique, les évacuations lui servent d'auxiliaire ordinairement heureux.

S'il n'y a pas, ou s'il y a seulement légère ulcération de la cornée, si l'hypopyon inquiète moins par la gravité et l'acuité que par sa persistance, on pourra faire l'incision cornéale au-dessus du niveau de l'hypopyon, à l'union de la cornée avec la sclérotique, mais en continuant les évacuations jusqu'après l'absorption totale du pus. S'il y a intérêt à éloigner rapidement le pus de la chambre antérieure, si le pus est concréfié et abondant, il est utile d'inciser la cornée dans le point le plus déclive, et toujours à sa limite scléroticale; la sortie du pus et de l'humeur aqueuse, qui n'est plus aussi spontanée, s'obtient plus facilement et quelquefois même on voit quelques portions de pus sortir d'elles-mêmes.

Pendant que le pus a tendance à se reproduire, il est avantageux de recommander au malade de tenir la tête haute et presque droite; le pus s'amasse à la partie inférieure et ne va pas irriter les parties les plus supérieures de l'iris. Quelques-unes des Observations suivantes laissent bien voir l'avantage que l'on peut retirer de cette précaution.

Lorsque l'affection est vaincue, que l'ulcération est presque totalement cicatrisée, il est utile de ne point tarder à opérer l'iridectomie, si les opacités de la cornée ou des synéchies l'exigent. Il m'a semblé qu'en rétablissant la communication entre les chambres de l'œil, on prévient l'atrophie de l'œil, qui peut suivre les irido-choroïdites graves et surtout la formation du staphylôme. On voit, en agissant ainsi, la cicatrice cornéale, tardive jusque-là à s'établir, se former très rapidement, la chambre antérieure reprendre ses dimensions et l'iris, presque au contact de la cornée, s'en éloigner assez

promptement. Du reste, ce que nous avons vu plus haut à propos des ulcères de la cornée, pourra aussi être appliqué dans quelques cas plus graves où l'iridectomie seule peut faire obtenir la cicatrisation de l'ulcère cornéale, et par suite la reproduction de l'humeur aqueuse.

Ainsi, pour nous résumer, on ne doit pas attribuer à l'incision cornéale la reproduction plus grave de l'hypopyon que l'on observe quelques rares fois après la paracentèse, mais bien à la persistance de la maladie et du pus dans la chambre antérieure jusqu'à ce que la maladie qui le produit ait été vaincue. En faisant et répétant les évacuations de l'humeur aqueuse on enlève le pus à mesure qu'il se reproduit, on obtient la sortie du pus dejà concréfié et adhérent sans recourir à aucune manœuvre irritante, on combat l'iritis ou l'iri-choroïdite, qui deviennent l'altération principale du moment qu'elles existent, qu'elles que soient les causes premières ou les effets de l'hypopyon. Dans les cas où un traitement antiphlogistique énergique pourrait vaincre tous ces symptômes, les évacuations le remplacent avantageusement et peuvent toujours épargner de trop insister sur le traitement général. Là où les antiphlogistiques ne suffisent plus, ils trouvent un utile auxiliaire qui donne encore de fréquents succès.

Dans une question aussi controversée nous avons préféré publier un grand nombre d'observations, en n'omettant aucune de celles où les évacuations n'ont pu empêcher le progrès du mal ou la perte de l'œil. On remarquera que les insuccès complets n'ont été observés que dans les hypopyons effets de graves traumatismes qui avaient probablement porté leur action bien au delà de la cornée et de l'iris. Lorsque par les évacuations on n'a pu empêcher l'extension du ramollissement cornéal, la formation de synéchies, etc., l'effet a cependant toujours été satisfaisant, eu égard à la gravité de l'affec-

tion; en outre le traitement le plus énergique n'a pas été omis. Tous ces faits, du reste, de succès moins complets trouvent en partie leur explication dans les circonstances fâcheuses d'épidémie d'hypopyon, dans lesquelles ils ont été observés, ou dans les complications de choroïdo-iritis graves dont les abcès de la cornée n'étaient que l'expression.

OBSERVATIONS

XCI.

Hypopyon grave. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète sans synéchie.

Jean B. M., élève dans un séminaire, âgé de 17 ans, de Suse, est sujet à de fréquentes kérato-conjonctivites pustuleuses et à des poussées d'impétigo sur la figure. Depuis quinze jours il souffre d'une ophthalmie qui, d'abord en tout semblable aux précédentes, est devenue depuis cinq jours beaucoup plus intense. La photophobie et la névralgie péri-orbitale sont devenues intolérables dans l'œil droit; il entre le 28 mai 1862.

Il y a un abcès presque central de la cornée droite avec hypopyon montant jusque près de la marge pupillaire, chémosis inflammatoire très prononcé, sécrétion puriforme des paupières avec conjonctivite catarrhale; à gauche il y a ulcère à la périphérie de la cornée, sécrétion puriforme des paupières; photophobie.

A 1 heure: ponction de la cornée droite en bas et introduction du stylet. Il sort un peu d'humeur aqueuse fortement troublée par du pus; la collection puriforme ne paraît pas avoir diminué. Pour faire sortir l'humeur aqueuse on dut passer au travers de la collection puriforme.

A 7 heures: la collection purulente s'est abaissée légèrement; nouvelle évacuation, et avec l'humeur aqueuse il sort un tiers à peu près du pus; le malade a pris de l'émétique en dilution; on fait de fréquentes instillations d'atropine. La pupille est presque toujours fermée et ne se dilate pas.

29 *mai.* — Il a dormi pour la première fois depuis six jours. Cependant depuis 5 heures du matin la douleur est très vive; le pus est de nouveau en aussi grande quantité qu'au moment de

son entrée. Evacuations à 7 heures; la moitié du pus sort avec l'humeur aqueuse; on continue l'émétique; trois instillations d'atropine.

Soir. — La douleur, qui avait cédé, a reparu depuis 2 heures de l'après-midi. Le pus a augmenté; évacuation.

30. — Mêmes phénomènes et même traitement.

31 *matin.* — Le pus sort tout à fait avec l'humeur aqueuse; on continue l'émétique à dose moins forte. Le soir le pus ne s'est pas reproduit, cependant il y a un peu de douleur depuis 4 heures; évacuation.

1er *et* 2 *juin.* — On suspend l'émétique, mais on fait l'évacuation de l'humeur aqueuse une fois par jour. La douleur reparaît, quoique plus légère, chaque matin. L'humeur aqueuse est très trouble encore; on voit une ligne de pus concréfié et accolé à la face profonde de la cornée qui part du centre de l'abcès et qui arrive jusqu'à l'ouverture faite pour les évacuations. La pupille ne se dilate pas encore; la cornée, dans la moitié inférieure, est un peu plus bombée en avant que la partie supérieure. L'injection et la sécrétion conjonctivale ont beaucoup diminué.

3. — Les douleurs n'ont pas reparu; la pupille commence à se dilater irrégulièrement; l'humeur aqueuse est limpide, mais encore de la couleur du sérum; on met plusieurs fois dans la journée de l'atropine.

4. — Nouvelle évacuation; humeur aqueuse tout à fait claire. La pupille s'est dilatée et pour la première fois la chambre antérieure se vide complètement, l'iris venant au contact de la cornée. La chambre antérieure était reformée le soir.

5. — Id. pour l'évacuation; la ligne de pus accolée à la cornée a disparu. La cornée est moins bombée à la partie inférieure. La pupille est régulière. La sécrétion conjonctivale a presque cessé et l'injection laisse bien apercevoir la sclérotique. Les douleurs n'ont pas reparu. On a mis une seule fois de l'atropine et la pupille est très largement dilatée.

Le malade n'a gardé le lit que le premier jour; la diète n'a été observée que le premier jour. Dans l'œil gauche on s'est limité à faire quelques scarifications palpébrales. La guérison est complète. La cornée droite ne paraît pas s'être ouverte au dehors; la dépression de la cornée correspondant à l'abcès n'a pas perdu de son luisant. La cornée ne s'est jamais ulcérée; l'abcès, attentive-

ment examiné, est recouvert toujours par une couche transparente de cornée. Du reste, les opacités cornéales disparaissent rapidement. On fait encore quelques cautérisations, des instillations d'atropine et de laudanum. La cornée reprend rapidement sa forme et sa consistance normale. La pupille, dès le 10, est mobile comme dans l'autre œil et ne présente pas de traces de synéchie.

Le jour de la sortie il y a deux légères traces d'albugo. La vue est excellente.

Il sort le 18 juillet 1862.

XCII.

Ulcère de la cornée. — Hypopyon. — Evacuations. — Guérison.

Maurice C., 25 ans, de Cerenasca, entre le 17 juin, sort le 2 juillet 1862.

Ulcère central vaste de la cornée droite avec hypopyon montant jusqu'au tiers de la hauteur du segment inférieur de l'iris, à peu près. Malade depuis 15 jours, depuis 4 jours la douleur et la photophobie ont beaucoup augmenté.

17, 18 *et* 19. — Tartre émétique (10 centigrammes par jour), instillations fréquentes d'atropine; scarifications palpébrales, demi-diète; l'hypopyon est monté jusqu'au deux tiers de la hauteur du segment inférieur de l'iris; douleur très forte.

20. — Paracentèse; trois évacuations; le pus ne sort qu'à moitié; cinq centigrammes d'émétique; instillations d'atropine.

21. — La douleur a cessé; il reste encore la moitié du pus; deux évacuations; le soir il n'y a presque plus de pus qui, au lieu de sortir avec l'humeur aqueuse, reste dans la chambre antérieure en s'étendant en nappe entre l'iris et la cornée. Même traitement.

22. — Le pus a disparu pendant la nuit. La pupille s'est dilatée un peu; une évacuation; émétique; atropine *ut supra.*

23. — L'ulcère n'a pas paru se modifier pendant tout le traitement; cautérisation légère avec le nitrate d'argent déposé

en solution avec un pinceau sur la paupière inférieure. Ce pansement fut répété deux ou trois fois; l'ulcère se cicatrise. Il sort avec un leucoma central moins grand que l'extension apparente de l'ulcère, sans synéchie; pupille très mobile. On ordonne un collyre de laudanum.

XCIII.

Ulcère traumatique de la cornée très grave. — Hypopyon des deux tiers de la chambre antérieure. — Paracentèse. — Evacuation du pus pendant longtemps. — Guérison.

Paul U., âgé de 20 ans, de Gubiano, entre le 10 juillet 1860.

Ulcère profonde de plus de la moitié inférieure de la cornée gauche avec hypopyon montant jusqu'au-delà de la pupille et abcès interlamellaires. L'affection date de 15 jours à la suite de l'introduction dans l'œil d'une paille de blé. Douleurs péri-orbitaires intolérables depuis cinq jours.

10. — Paracentèse en bas. Il sort beaucoup d'humeur aqueuse entraînant près de la moitié de l'hypopyon. Atropine.

Soir. — Les douleurs, qui avaient cessé presque complètement après l'opération, ont reparu depuis deux ou trois heures; paracentèse, humeur aqueuse plutôt abondante entraînant moitié de l'hypopyon, qui était aussi fort que le matin. Atropine, tête haute et émétique.

11. — Les douleurs ont reparu depuis trois heures du matin. Evacuation; immense quantité d'humeur aqueuse entraînant beaucoup de pus. Mêmes prescriptions.

11 *soir.* — Id. id., peu de douleurs.

12. — Id. id., humeur aqueuse abondante, beaucoup de pus sort en même temps.

Soir. — L'humeur aqueuse bien moins abondante, moins de pus, quoique cette quantité soit encore très grande; les douleurs continuent.

13. — Un peu moins de pus et d'humeur aqueuse qu'hier soir; pas de douleurs; émétique. L'iris en haut est aperçu à

travers un brouillard très dense, gris, par opacité de l'humeur aqueuse.

13 *soir.* — Id. Après la paracentèse l'iris se voit un peu mieux. L'humeur aqueuse, contenant moins de vrai pus , est toujours de couleur jaunâtre, comme du pus se tenant en dissolution. L'humeur aqueuse en quantité *ut supra.*

14 *le soir.* — Id. L'évacuation n'est pas faite ; dans la nuit douleurs.

15 *matin.* — Toute la chambre antérieure est trouble, l'ulcération est jaune. A l'évacuation il sort beaucoup d'humeur aqueuse jaunâtre.

16 et 17. — L'ulcère s'étend fortement, elle envahit presque toute la cornée. La quantité de pus est toujours grande. Les douleurs ne reparaissent pas. On cesse la paracentèse.

Depuis lors on cessa la paracentèse. L'ulcère était comme recouverte d'épaisses couches de lymphe et de pus; iris en contact de la cornée. A mesure que la cicatrisation s'obtient par la cautérisation, l'ulcère paraît moins large, et il sort le 11 août avec leucoma vaste, qui permettra de faire une pupille externe.

XCIV.

Ulcère cornéal. — Hypopyon. — Evacuations. — Guérison. — Névralgie. — Evacuation, présence du pus dans l'humeur aqueuse. — Guérison complète.

Anne S., âgée de 58 ans, de St-Giorgio, entre le 7 juin affectée de coujonctivite granuleuse depuis deux ans, et iritis dans l'œil droit depuis un mois.

Les douleurs sont très fortes; la pupille irrégulière et insensibles aux mydriatiques.

Atropine, pilules de calomel et aloès, quinine pendant deux jours; tel avait été le traitement employé avant son entrée à l'hôpital.

On fit de suite la paracentèse, l'humeur aqueuse sortit trouble et abondante; diminution de la douleur de suite après. La douleur reparut, on continua l'évacuation deux fois par jour;

Les douleurs diminuèrent, mais ne cessèrent pas et prirent un type intermittent, on donna la quinine sans résultat bien marqué. L'introduction du stylet était mal supportée par la malade, on dut la cesser le 12. L'amélioration, du reste, était très sensible. On donna du calomel jusqu'à salivation.

26 *juin.* — Ulcère central qui s'agrandit peu à peu; douleurs un peu plus fortes.

1er *juillet.* — Le pus s'infiltre en formant une traînée entre les lames de la cornée; chambre antérieure claire; douleurs fortes dans la nuit.

Paracentèse; pus dans l'humeur aqueuse; diminution de la douleur.

2. — Cessation de toute trace de pus dans l'humeur aqueuse.

3. — Paracentèse.

4. — Paracentèse; humeur aqueuse citrine claire avec cellules de pus et de sang; petit ulcère sur l'œil gauche; névralgie dentaire.

5. — Paracentèse; humeur citrine; plus de douleur; iris un peu plus dilaté. Soir: pas de douleur, hypopyon, pupille plus dilatée; humeur aqueuse citrine et assez abondante.

6. — Pas de douleur; l'humeur aqueuse, abondante, sort facilement et l'iris se porte vite au contact de la cornée; l'ulcère cicatrise.

7. — Id., pas de douleur; humeur aqueuse abondante et citrine.

8. — Id., humeur toujours un peu teinte en orange, mais très peu, elle est limpide, elle ne s'écoule pas toute vu que l'iris adhérant en arrière ne se porte pas au contact de la cornée.

9 *et* 10. — Id., ulcère presque cicatrisé. On trouve un plus grand nombre de globules blancs; légère douleur pendant la journée.

11 *et* 12. — Id., humeur aqueuse toujours de couleur citrine.

13 *et* 14. — Humeur aqueuse limpide toujours, mais moins abondante.

16. — On cesse la paracentèse; on continue les cautérisations, on fait prendre de l'éthiops minéral. Elle sort le 22 août 1861 parfaitement guérie, presque sans taches sur la cornée.

XCV.

Ulcère traumatique extrêmement vaste de la cornée. — Hypopyon datant d'au moins douze jours. — Paracentèse. — Evacuations de l'humeur aqueuse pendant vingt-un iours. — Guérison. — Iridectomie. — Succès complet.

Catherine B., âgée de 41 ans, de Chieri, entre le 27 décembre 1860.

Elle s'était présentée le 15 décembre à la consultation pour un petit ulcère profond à la cornée droite dans la partie inférieure à suite de l'introduction d'un corps étranger qu'on ne retrouva pas; il y avait commencement d'hypopyon très léger. Elle ne voulut pas rester à l'hôpital. On avait ordonné des pilules de calomel et aloès, des frictions mercurielles et de belladone péri-orbitaires, elle fut saignée six fois, on lui fit deux applications de sangsues derrière l'oreille; elle revint dans l'état suivant:

Hypopyon occupant toute la chambre antérieure; ulcère vaste des 2/3 inférieurs externes de la cornée; boursouflement, infiltration légère de la partie supérieure de la cornée; douleurs intollérables et continues, œdème érisypélateux de la paupière supérieure, chémosis léger séreux péri-cornéal.

La paracentèse fut faite immédiatement dans la partie inférieure, plutôt pour diminuer les douleurs. L'incision fut faite un peu large; il ne sortit pas de pus, il sortit un peu d'humeur aqueuse très troublée, jaunâtre, épaisse, lorsque le stylet fut introduit très en haut. Emétique (0,10), applications froides, atropine.

Soir : nouvelle évacuation, il sort un peu plus d'humeur aqueuse avec un peu de pus; après l'opération la portion supérieure de la chambre antérieure est un peu moins jaune et un peu plus claire; on continue la potion émétisée; atropine; les douleurs ont considérablement diminué presque immédiatement après la ponction.

28 *décembre.* — Trois évacuations dans la journée; le pus sort dissout dans l'humeur aqueuse, qui est plus abondante. On voit le soir un peu l'iris en haut comme à travers un brouillard

épais. La cornée en haut reprend son brillant; les douleurs cessent après l'évacuation pour reparaître après cinq ou six heures; on continue le même traitement.

29. — La chambre antérieure, déjà bien claire hier soir dans sa partie supérieure, est plus obscurcie et jaune; il y a eu douleurs assez fortes depuis quatre heures du matin; évacuations trois fois dans la journée; après la première on voit de nouveau l'iris et mieux qu'hier. L'humeur aqueuse est très trouble, jaune, emporte beaucoup de pus et est plus abondante; les douleurs disparaissent presque complètement après chaque évacuation pour reparaître trois ou quatre heures après. Le soir le chémosis péricornéal a disparu; même traitement.

30. — Trois évacuations dans la journée; la douleur est redevenue intense de grand matin. Du reste, mêmes observations et même traitement que la veille; l'émétique est bien toléré.

31. — Les douleurs ont presque disparu; le matin déjà on aperçoit un peu la pupille, en haut on voit bien l'iris. Le soir on voit bien la partie plus supérieure de la pupille; en bas l'ulcère et l'hypopyon n'ont subi de changements; du reste *ut supra*.

1er *janvier*. — Les douleurs ont reparu le matin; il sort beaucoup plus d'humeur aqueuse trouble à l'évacuation du matin; le soir on voit toute la pupille en regardant par la portion supérieure de la cornée très limpide, elle paraît resserrée et irrégulière; la chambre antérieure est grande; du reste même traitement, les douleurs ont disparu le soir.

2, 3 *et* 4. — Même traitement, moins l'émétique; on observe les mêmes phénomènes, moins la douleur qui, bien que reparaissant, est devenue très tolérable.

5. — L'hypopyon s'est abaissé considérablement ces jours-ci, il est limité au tiers inférieur. L'ulcère de la cornée, qui avant avait l'aspect jaunâtre d'un abcès interlamellaire, prend un aspect grisâtre, plus propre et paraît se rétrécir un peu; même traitement.

6. — Il y a eu douleur le matin; la quantité du pus paraît avoir augmenté un peu; l'humeur aqueuse est abondante, plus trouble; la douleur cesse après l'opération.

7. — L'humeur aqueuse est moins trouble; l'hypopyon est bien diminué; depuis ce jour l'évacuation est faite deux fois par jour.

L'évacuation fut continuée ainsi jusqu'au 18; l'hypopyon avait

disparu complètement le 16; depuis le 12, il n'y avait plus de pus après l'évacuation, mais chaque jour on en trouvait un peu encore. La cicatrisation de la cornée se faisait ainsi peu à peu et était presque complète le 18.

Comme le 11, 12 et 13, il revenait des douleurs frontales dans la nuit, qui duraient quelques heures et de nature névralgique, on donna pendant ces trois jours 0,60 de quinine, après avoir administré un purgatif léger.

20, 21 *et* 22. — Légère cautérisation de l'ulcère avec un collyre de nitrate d'argent; l'ulcère est complétement cicatrisé.

Elle sort le 27 avec leucoma des 2/3 inférieurs de la cornée, synéchie partielle inférieure. La marge pupillaire non adhérente est cachée en totalité par le leucoma.

Elle rentre le 11 mars 1861; belle pupille par iridectomie du coté interne.

Elle lit les plus fins caractères de l'échelle de Jaeger.

XCVI.

Hypopyon grave envahissant la moitié de la chambre antérieure, suite d'ulcère traumatique de la cornée. — Iritis. — Paracentèse sans évacuations du pus concréfié. — Evacuations de l'humeur aqueuse continuées pendant neuf jours. — Guérison. — Reproduction du pus pendant plusieurs jours.

Joseph B., âgé de 43 ans, de Pignerol, entre le 11 avril 1861.

Affecté d'ulcère vaste de la moitié inférieure de la cornée gauche avec hypopyon grave montant jusqu'à la marge pupillaire.

L'ulcère est profond, grisâtre, la pupille est très fortement resserrée. Il y a photophobie intense, douleurs péri-orbitaires continues et très aiguës; injection péri-cornéale et chémosis léger, et œdème érysipélateux du bord de la paupière supérieure.

Le malade, qui est agriculteur de profession, jouissant d'une bonne santé, reçut un coup violent sur l'œil il y a 15 jours; depuis lors l'œil devint douloureux avec abolition de la vue.

On fit immédiatement une ponction de la cornée, large de 3 millimètres à peu près, tout à fait en bas. Avec le stylet on fit sortir l'humeur aqueuse très trouble. L'hypopyon resta dans le même état. Le pus était concréfié. L'évacuation fut répétée trois fois dans la journée, chaque fois l'humeur aqueuse, abondante, sortait très trouble, jaunâtre, épaisse.

Le malade prit des potions stibiées et on lui fit des instillations fréquentes d'atropine. Dès le soir la douleur avait très sensiblement diminué, il dormit bien, mais l'hypopyon n'avait pas diminué et la pupille était toujours très resserrée.

L'évacuation fut continuée deux fois par jour jusqu'au 19 avril, et du 19 avril au 24 une fois par jour seulement.

Dès le 16 on aperçut une diminution de l'élévation de l'hypopyon, qui avait presque disparu le 19, c'est à dire neuf jours après; l'humeur aqueuse, jusqu'à cette époque, fut toujours trouble, mais chaque jour elle reprenait un peu de limpidité. En même temps la pupille cédait à l'action de l'atropine et se dilatait, mais on fut obligé de faire tenir au malade la tête haute, parce que, dans la position horizontale, le pus se distendant sur l'iris, l'irritait et provoquait des douleurs.

J'ai dit que le pus avait disparu le 19 avril; avant sa disparition il subit quelques phases qu'il est bon de mentionner. Après chaque paracentèse qui donnait lieu à la sortie du pus mêlé à l'humeur aqueuse, la douleur cédait et disparaissait. Quelques heures après il se reformait une certaine quantité de pus qui, étant plus récent et non concréfié, s'étendait dans la chambre antérieure si le malade restait la tête basse; le caillot, déjà existant au moment de l'entrée, restait toujours au même endroit en diminuant chaque jour jusqu'au 15, depuis lors tous le pus était évacué à chaque paracentèse.

19. — L'humeur aqueuse était limpide.

20. — On cessa les évacuations.

Chaque recrudescence de douleur correspondait à une augmentation de pus.

Il sortit guéri le 28 avril, avec leucoma de la moitié inférieure de la cornée gauche, et synéchie antérieure; laudanum, diminution de l'opacité.

XCVII.

Ulcère traumatique grave de la cornée. — Hypopyon des deux tiers de la chambre antérieure. — Iritis. — Cas désespéré. — Paracentèse. — Evacuations de l'humeur aqueuse continuées pendant six jours. — Iridectomie. — Cessation de la reproduction du pus après cette dernière opération. — Demi-succès.

Charles V., âgé de 64 ans, de S. Bastiano, entre le 6 juin 1861, se présenta le 28 mai 1861 affecté d'un ulcère vaste, central, très profond et perforant de la cornée droite avec hypopyon des deux tiers inférieurs de la chambre antérieure. L'ulcère est irrégulier, sale, envahissant un peu plus la cornée en bas qu'en haut; il y avait photophobie, injection conjonctivale très forte et douleurs péri-orbitaires très intenses depuis quelques jours.

V., qui est scieur de bois, avait reçu un coup violent sur l'œil il y a huit jours, et depuis lors il avait perdu peu à peu la vue avec douleurs devenant chaque jour plus aiguës. Il s'était présenté dans quelques hôpitaux, où on lui avait déclaré qu'il n'y avait plus rien à faire.

On fit immédiatement la paracentèse; il sortit de l'humeur aqueuse très sale, chargée de pus, et l'hypopyon s'abaissa jusqu'au centre de la pupille, qui est resserrée. Le malade ne put être reçu à l'hôpital; il dut être soigné dans une grange où il avait l'abitude de dormir. On lui donna des potions émétisées et la paracentèse fut continuée deux fois par jour. Chaque fois l'hypopyon baissait au moment de l'opération, l'humeur aqueuse était très trouble, chargée de pus, la douleur disparaissait pour plusieurs heures, mais à chaque visite on trouvait que l'hypopyon était remonté un peu plus haut, moins cependant qu'à la visite précédente. La couche plus inférieure de pus était formée de pus ancien; cette couche diminuait chaque jour, ramollie et dissoute probablement peu à peu dans l'humeur aqueuse. Si on essayait de tirer légèrement avec une pince cette portion concréfiée qui n'était pas évacuée par l'introduction du stylet, on ne pouvait qu'en saisir quelques bribes qui se déchiraient, ou

bien il fallait trop tirer sur elle, elle adhérait à la cornée que l'on voyait se porter en arrière pendant la traction.

Outre l'évacuation, on faisait chaque jour des scarifications sur les conjonctives palpébrales qui étaient boursouflées et tuméfiées, et on faisait des instillations d'atropine qui ne parvinrent pas à dilater la pupille; il continua toujours les potions stibiées. Le pus se reproduisait toujours dans l'intervalle de chaque opération, même lorsqu'il put être déjà évacué en entier; il y avait toujours douleurs et quoique l'ulcère parût diminuer en profondeur, il s'étendait en bas, envahissant toute la moitié inférieure de la cornée; il fut reçu à cette époque, c'est-à-dire le 6 juin.

Je fis immédiatement l'iridectomie du côté interne, une ample portion d'iris fut excisée. Dès ce moment les douleurs cessèrent. Le pus ne se reforma plus. L'ulcère s'était déjà bien nettoyé le 8, et le 10 il était cicatrisé vers la périphérie. Il sortit le 13, continuant à fréquenter la consultation.

La pupille est cachée derrière la tache et se voit difficilement: il compte cependant les doigts.

On aida la cicatrisation par des collyres au nitrate d'argent, à mesure que l'ulcère se retrécissait. Le 25 juin la moitié supérieure de la cornée est transparente; il y a leucoma avec synéchie antérieure de la moitié inférieure de la cornée. Il n'y a aucune tendance à staphylôme. On pourra faire une belle pupille en haut. Le malade prend des pilules de calomel et aloès. Il vient à la consultation et la guérison se maintient.

XCVIII.

Ulcère traumatique. — Hypopyon de plus du tiers de la chambre antérieure, datant probablement de plusieurs jours. — Iritis. — Évacuation totale du pus non concréfié. — Evacuations de l'humeur aqueuse continuées pendant deux jours. — Guérison.

François B., âgé de 39 ans, de S. Paul, entre le 17 octobre 1861. Affecté d'ulcère vaste et perforant de la moitié inférieure de la cornée gauche, avec hypopyon montant jusque près

de la pupille; douleurs péri-orbitaires; la paracentèse fut continuée pendant trois jours. Le pus sortit entièrement à la première évacuation et les douleurs, qui existaient depuis une semaine, cessèrent dès ce moment. Dès le deuxième jour l'humeur aqueuse était devenue limpide et on cessa les évacuations. La cause de la maladie fut un coup sur l'œil reçu quinze jours auparavant. La cure fut continuée par des scarifications, cautérisations, purgatifs et instillations d'atropine.

Guérison complète avec leucoma; il sort le 7 novembre 1861.

XCIX.

Aquo-capsulite suivie d'ulcère de la cornée. — Hypopyon grave. — Progrès rapides de l'affection sous un traitement énergique. — Evacuations longtemps continuées. — Guérison.

François F., âgé de 13 ans, natif de Rosta, entre le 4 juille 1861.

Aquo-capsulite; ulcère presque central de la cornée droite avec hypopyon montant jusqu'au milieu de l'espace existant entre la pupille et l'insertion ciliaire.

Il y a sept jours il fut pris inopinément d'ophthalmie interne, avec douleur, gonflement des paupières et larmoiement. On lui fit quatre saignées. Les douleurs calmèrent, il put ouvrir les paupières. Les douleurs augmentèrent de nouveau, et depuis trois jours elles ne le laissent plus dormir.

L'ulcère est sale, assez large, situé un peu vers le côté interne inférieur et près du centre; pas de maux de tête.

4 *juillet.* — Paracentèse. Le pus ne sort pas; humeur aqueuse médiocrement abondante et sale; émétique.

Id., 3 *heures.* — La douleur a bien calmé; paracentèse; il sort peu d'humeur aqueuse un peu moins sale (globules de pus).

5. — La douleur a été forte pendant la nuit, mais il n'y a presque plus d'hypopyon et l'ulcère paraît moins gris, humeur aqueuse encore trouble. Sulfate de quinine 1 gramme.

Soir. — Douleur; pas d'hypopyon; paracentèse; beaucoup

d'humeur aqueuse; la douleur cesse de suite, comme le matin, pendant une heure. L'iris était poussé en arrière. Injection conjonctivale.

6. — Douleur moindre; assez d'humeur aqueuse plus claire, moins de cellules de pus.

7. — La douleur a été forte pendant la nuit; un peu d'hypopyon; paracentèse; atropine, sulfate de quinine.

8. — Plus de douleur; humeur aqueuse de couleur citrine assez abondante; mais l'iris ne vient pas au contact de la cornée.

9. — Douleur vive. Aujourd'hui humeur aqueuse plus trouble, citrine (globules de pus et de sang); pus très abondant quoique l'iris se porte bien avant jusqu'à la cornée.

10. — Douleur pendant la nuit. Il y a un peu plus de pus et abcès cornéal en bas; humeur aqueuse trouble, assez abondante.

11 et 12. Deux évacuations, une le matin, l'autre le soir; il y a beaucoup d'humeur aqueuse, qui sort mêlée à un peu de pus, mais lentement et avec peine, l'iris se portant difficilement et même pas complètement en avant; il y a toujours abcès au même point.

13. — Il y a eu douleur, pas très forte pendant la nuit. L'humeur aqueuse, de couleur citrine, sort plus facilement; le pus ne sort pas.

Soir. — La douleur est revenue depuis cinq heures; paracentèse; peu de pus avec l'humeur aqueuse.

14. — Moins de douleur pendant la nuit; humeur aqueuse citrine non abondante et sortant facilement.

17 *matin.* — On cesse la paracentèse; l'œil est devenu un peu mou; iris porté à contact de la cornée.

20. — L'ulcère est cicatrisé à moitié; l'iris toujours très bombé en avant.

31. — Iridectomie du côté interne; la pupille est belle. Le malade y voit peu encore le jour de sa sortie, le 5 août.

C.

Abcès et ulcère de la cornée. — Hypopyon grave. — Paracentèse. — Evacuations pendant vingt jours. — Disparition du pus. — Humeur aqueuse trouble pendant longtemps. — Guérison.

Charles N., 70 ans, de Piobesi, entre le 28 novembre 1860.

Hypopyon grave dans l'œil droit avec ulcère et abcès interlamellaires; l'ulcère se trouve en bas et les abcès sont parsemés dans toute la cornée. Douleurs péri-orbitaires; photophobie depuis trois semaines.

Paracentèse deux fois par jour; instillations d'atropine, calomel et jalap à l'intérieur. Le mal ne fit plus aucun progrès; les douleurs cessèrent; l'hypopyon disparut après peu de jours, mais l'humeur aqueuse est trouble jusqu'à la fin du traitement. L'ulcère se cicatrise lentement, et au moment de la sortie il n'est pas encore cicatrisé complètement, mais il est réduit à peu de chose et est superficiel. Les abcès ont disparu laissant les 2/3 supérieurs de la cornée parfaitement sains avec vue conservée. Le malade doit sortir pour affaires. On lui prescrit un collyre de nitrate d'argent. La paracentèse fut continuée jusqu'au dernier jour. L'humeur aqueuse était devenue moins trouble, mais pas encore très limpide. La pupille est très mobile.

Il sort le 25 décembre.

CI.

Ulcère central spontané. — Hypopyon grave. — Iritis. — Paracentèse. — Evacuations. — Disparition du pus après un jour. — Hypohème pendant l'opération. — Guérison sans synéchies.

Maurice S., âgé de 32 ans, de Malione, entre le 17 juillet 1860.

Iritis, ulcère central de la cornée avec hypopyon grave. Douleurs aiguës depuis 15 jours.

Paracentèse (quatre évacuations dans la journée). Le soir l'hypopyon avait diminué de moitié, les douleurs avaient cessé. Il y avait un peu de sang après la première évacuation; le lendemain l'hypopyon a disparu complètement. La paracentèse fut continuée pendant quatre jours, et le quatrième jour l'humeur aqueuse était limpide, l'ulcère tendait à se cicatriser. On fit quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et le malade sortit guéri, sans synéchie et avec léger leucoma, le 30 juillet; on avait fait continuellement des instillations d'atropine et on avait donné quelques purgatifs.

CII.

Ulcère de la cornée. — Hypopyon. — Evacuations. — Succès.

Bernard C., âgé de 70 ans, de Villacastellone, entre le 29 juin 1861.

Ulcère cornéal avec hypopyon grave, iritis, ectropion sarcomateux des paupières; photophobie, douleurs toujours plus intenses dans l'œil gauche.

Atrophie complète de l'œil droit depuis l'enfance.

L'affection date de 8 jours, sans autre cause qu'une exposition prolongée au soleil pendant la récolte des moissons. Depuis trois ans la vue est assez faible dans cet œil, à la suite d'une ophthalmie traumatique qui laissa probablement des taches à la cornée.

Paracentèse du 29 au 2 soir, en bas; l'hypopyon a disparu, l'humeur aqueuse est devenue plus claire. Le pus n'est pas sorti à la première évacuation. On ne peut calculer la quantité d'humeur aqueuse, le boursouflement des conjonctives fait que la recherche de l'ouverture cornéale est assez longue et que les larmes viennent s'y mêler.

5. — Douleurs pendant la nuit, un peu d'hypopyon; paracentèse, mieux le soir. Assez d'humeur aqueuse. L'ectropion diminue un peu; pas d'autre traitement.

6. — Un peu plus d'humeur aqueuse, moins trouble; il ouvre mieux la paupière.

7. — Mieux sensible; il voit un peu depuis lors.

8. — Humeur presque claire, grisâtre, sort facilement.

9 *et* 10. — Id., id.

11 *et* 12. — Humeur aqueuse presque claire, peu abondante. L'ectropion diminue, on ne fait aucun autre traitement.

13 *et* 14. — On cesse la paracentèse; l'ulcère tend à se cicatriser. La photophobie continue.

28 *juillet*. — Iridectomie du côté externe.

30. — Il ouvre seul et bien les yeux; chaque jour la photophobie diminue en même temps que l'ulcère cicatrise complètement et que la pupille, très large, se voit plus distinctement à travers la cornée, qui devient plus claire.

8 *août* — On excise la ponction exubérante des conjonctives des paupières inférieures d'un angle à l'autre.

CIII.

Ulcère de la cornée. — Hypopyon — Evacuations. — Guérison.

Alexandrine C., âgée de 3 ans, de Suse, entre le 19 mars, sort le 26 juin 1862.

Kératite avec ulcère presque central grave et hypopyon dans l'œil gauche. Eczéma impétigineux sur la face. L'hypopyon monte presque jusqu'à la pupille qui est contractée; paracentèse inférieure; évacuations répétées deux fois par jour pendant cinq jours. L'ulcère ne se perfore pas. L'hypopyon avait complètement disparu; elle guérit avec synéchie antérieure en bas, très légère et ne déformant presque pas la pupille. Le leucoma laisse la moitié de la pupille parfaitement libre.

Elle eut plusieurs poussées de pustules cornéales et d'eczéma pendant le temps qu'elle resta à l'hôpital.

CIV.

Abcès multiples de la cornée. — Hypopyon à trois reprises. Guérison sans rupture des abcès au dehors.

Mathilde M., âgée de 15 ans, de la campagne de Turin, a déjà été soignée dans cet hôpital, il y a 5 ans, pour une kératite pustuleuse. Elle est peu et irrégulièrement menstruée depuis un an. Depuis deux mois elle est affectée d'ophthalmie aux deux yeux avec recrudescences de photophobie se déclarant alternativement dans les deux yeux. Elle ne se soumit à aucun traitement. Depuis deux jours les douleurs sont devenues intolérables; dans l'œil droit il y a photophobie, douleurs intenses s'irradiant aux tempes. Elle entre le 12 mai, à 5 heures du soir, sort le 1er juillet 1862.

On voit un abcès dans l'œil gauche au côté externe de la cornée gauche, assez vaste et déjà ouvert au dehors.

Dans l'œil droit il y a trois abcès superposés les uns aux autres, de façon à envahir la moitié externe de la cornée droite. Il y a hypopyon envahissant un quart inférieur de la chambre antérieure, pupille fermée, toute la cornée est devenue superficiellement un peu nuageuse.

Ponction de la cornée au bas, sortie d'une petite quantité d'humeur aqueuse épaisse et sale, l'hypopyon ne diminue pas. L'évacuation est renouvelée le soir avec le même résultat. Emétique, instillations d'atropine.

13 *matin.* — La douleur avait diminué, l'hypopyon paraît un peu abaissé et tout le pus sort avec l'humeur aqueuse, très abondante et sale; le pus ne reparut pas, l'abcès supérieur s'est un peu affaissé et il est remplacé par une tache jaune; l'évacuation est répétée le soir; émétique, atropine.

15. — Le pus ne s'est pas reproduit, mais la photophobie est au même degré. La douleur n'a plus diminué; deux évacuations dans le jour; émétique.

15. — La douleur a reparu très fortement dans la nuit avec irradiation aux tempes, l'abcès moyen s'est rompu à l'intérieur et il y a de nouveau hypopyon; le pus sort tout avec l'humeur aqueuse, qui est un peu moins abondante et trouble; la douleur

cesse pour reparaître le soir; l'hypopyon s'est reformé, l'évacuation le fait de nouveau disparaître.

16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. — Rien de nouveau s'observe, l'abcès moyen se transforme comme le supérieur, mais l'humeur aqueuse est toujours un peu trouble et de temps en temps on voit un peu de pus; la douleur a cessé presque complètement; la pupille ne s'est pas dilatée; on continue de légères doses d'émétique tous les matins.

23. — La malade a de nouveau souffert pendant la nuit, l'abcès inférieur s'est ouvert et il y a hypopyon, qui s'évacue tout avec l'humeur aqueuse, mais pour reparaître deux fois, le soir et le lendemain.

25. — Le pus ne s'est pas reproduit, l'humeur aqueuse est encore trouble; atropine, évacuation, l'hypopyon s'est reformé.

27, 28, 29. — Même état, il n'y a pas de photophobie.

30. — La chambre antérieure est effacée, l'iris est au contact de la cornée, la pupille un peu dilatée; l'abcès moyen s'est ouvert dans son centre au dehors, l'ulcère même paraît assez large; cautérisation, fréquentes instillations d'atropine.

31 *mai et* 1er *juin.* — Même état, la photophobie a disparu, l'ulcère de la cornée est presque cicatrisé; cautérisation.

2. — La chambre antérieure paraît se reformer un peu le matin, le soir elle est complètemente reformée; la cornée est un peu bombée à la partie externe; l'injection conjonctivale, jusqu'ici presque toujours dans le même état, a bien diminué.

3 *et* 4. — Id.

5. — La pupille est à moitié dilatée; la cornée s'éclaircit rapidement et d'une façon extraordinaire.

L'œil gauche est complètement guéri avec albugos très-légers. De l'œil droit elle voit bien, il n'y a pas trace de synéchie antérieure, la cornée est encore bombée à l'externe.

Depuis lors on se limita à faire quelques légères cautérisations au nitrate d'argent pour hâter la cicatrisation, et quelques instillations d'atropine. La cornée reprend sa forme, son aspect normal; il y a un albugo de la cornée sur la place de l'abcès moyen, mais cette tache diminue rapidement; pupille très belle, très large, sans adhérence; collyre au laudanum, et on tient la malade quelques jours pour juger de l'absorption des opacités.

Il est à noter un fait, c'est que la cornée ne parut jamais s'ulcérer au-devant de l'abcès, et que le fond gris des enfon-

cements que l'on trouvait sur les abcès était recouvert par une couche saine de cornée.

Les opacités de la cornée diminuèrent peu à peu; on fit chaque jour des instillations de laudanum, il n'est resté que quelques albugos.

CV.

Ulcère traumatique. — Hypopyon. — Guérison.

Pierre C., âgé de 25 ans, entre le 1er juin 1860.

Une bribe de paille s'introduisit dans l'œil droit, depuis lors l'œil souffrit un peu; il y avait photophobie, cécité et peu de douleurs. Il se présente avec ulcère de toute la cornée droite, sauf à la partie interne, où il existe un croissant très petit de cornée de la largeur de quatre millimètres à peu près, par où l'on voit une vaste collection de pus dans la chambre antérieure. L'ulcère est profond, ressemble au fond d'un abcès.

4 *soir.* — Paracentèse; il sort un peu de pus et un peu d'humeur aqueuse trouble et sale; émétique.

5. — Même état, on voit cependant un peu moins de pus à travers la portion saine de la cornée. Humeur un peu plus claire; le soir peu d'humeur aqueuse, qui ne sort qu'en introduisant profondément le stylet.

6. — Même état; il sort un peu plus d'humeur aqueuse, qui est moins épaisse.

7. — Le centre de l'ulcère tuméfié paraît céder un peu, mais la cornée encore existante en dedans est dans le même état; humeur aqueuse trouble et discrètement abondante.

8. — Mieux très sensible, humeur aqueuse un peu trouble, crémeuse, discrètement abondante. On voit du côté externe un petit lambeau de cornée, jusqu'ici imbibé et infiltré, devenu transparent.

9 *et* 10. — Id., peu d'humeur aqueuse.

11 *et* 12. — Moins d'humeur aqueuse limpide.

13 *et* 24. — Id. id., peu d'humeur aqueuse un peu citrine, on cesse l'évacuation.

16. — Cautérisation légère avec le nitrate.

18. — Id., l'ulcère se cicatrise à la circonférence.

25. — Ulcère complètement cicatrisé.

ARTICLE ONZIÈME

Choroïdo-irido-kératites. — Kératites ponctuées et interlamellaires.

Wardrop dit qu'il n'existe pas d'autre inflammation de l'œil dans laquelle cette opération réussisse mieux que dans l'inflammation de la lame interne de la cornée; jamais il ne l'a vu manquer de soulager immédiatement les douleurs de tête et de rétablir immédiatement la transparence de la chambre antérieure. Himly assure avoir trouvé très avantageux l'emploi de cette petite opération, qui est aussi chaudement recommandée par Rognetta et M. Desmarres.

Wardrop conseille la paracentèse quand il y a du larmoiement, sens de distension et de plénitude dans l'œil avec douleur sourde, gravative, occupant en général le front et aussi quelquefois la partie postérieure de la tête. On fait disparaître ces symptômes instantanément, dit-il, et d'une manière permanente en évacuant l'humeur aqueuse. La justesse de ces observations est prouvée par les faits que je publie.

Je ne me suis pas limité à appliquer mon procédé des évacuations répétées aux seuls cas indiqués par Wardrop; on en verra des applications très utiles dans toutes les formes de choroïdo-irido-kératites, dans les kératites interlamellaires lorsqu'elles prennent plus ou moins la forme inflammatoire. J'ai réuni ici les degrés les plus variés de ces affections pour faire saisir les indications des évacuations qui toujours sont le moyen le plus efficace de vaincre l'inflammation et de régulariser la circulation et la nutrition altérée de la cornée dans les kératites profondes et interlamellaires.

On peut remarquer que, dans la kératite pointillée

profonde, l'humeur aqueuse n'est pas limpide, mais toujours légèrement obscurcie et quelquefois plus ou moins teinte en rouge. Elle s'éclaircit à mesure que les symptômes d'inflammation diminuent d'intensité. — En même temps et à mesure que l'on évacue la chambre antérieure, on voit celle-ci s'éclaircir un peu et l'on aperçoit quelques points de l'iris et de la pupille invisibles auparavant. C'est surtout lorsque l'affection présente un degré d'acuité plus prononcé que l'humeur aqueuse est en plus grande abondance et qu'elle est le plus opaque, c'est alors, dis-je, que ce phénomène est plus apparent. Ce n'est pas le simple rapprochement de l'iris vers la cornée qui en est la cause, car cette augmentation de transparence persiste après la reproduction de l'humeur aqueuse et dure jusqu'à ce que les symptômes d'acuité viennent à se représenter. Du reste, lorsqu'on a soin de faire sortir plusieurs fois l'humeur aqueuse dans la même séance, comme c'est l'habitude à la clinique, ce phénomène ne se répète pas aux évacuations consécutives et l'humeur elle-même est plus limpide.

Les mêmes phénomènes nous les observons plus marqués encore dans les kératites interlamellaires, dans lesquelles la douleur cède presque toujours avec rapidité et toujours plus sûrement à ce moyen qu'aux autres ressources de l'art, que l'on ne devra cependant jamais négliger d'employer en même temps. — Je répète uniquement ce que j'ai dit dans les sections précédentes. Les évacuations sont le meilleur moyen antiphlogistique dans les maladies profondes de l'œil. Ce traitement tout local ne doit pas exclure les autres moyens, mais il résout pour le médecin une des plus grandes difficultés thérapeutiques: affection locale grave inflammatoire, résultat de causes générales exigeant un traitement reconstituant. Je joins à ces faits des Observations de choroïdo-iritis aiguës; on y verra les indications des évacuations de l'iridectomie et de ces deux moyens réunis.

OBSERVATIONS

CVI.

Kératite ponctuée. — Leucoma central suite d'abcès cornéal. — Evacuations. — Guérison de la kératite ponctuée. — Diminution très notable de l'exsudat interlamellaire autour du leucoma.

Antoine C., âgé de 14 ans, de Narzole, entre le 26 mars 1860.

Vaste abcès central interlamellaire jaunâtre de la cornée gauche avec kératite ponctuée grave, photophobie, névralgies.

Il a eu, il y a deux mois, la petite vérole, après la guérison de laquelle, c'est à dire vers la fin de la période de desquamation, il fut pris d'ophthalmie avec perte de la vue, qui, d'abord très douloureuse, avait diminué d'intensité laissant cécité, photophobie, légères névralgies.

Jusqu'au 28 avril on fit des scarifications palpébrales, on donna chaque jour des potions stibiées, instillations d'atropine. A cette époque, l'abcès, qui couvrait peu à peu les deux tiers de la superficie de la cornée, avait diminué de la moitié à peu près, mais seulement en haut, la tache présentant ainsi la forme d'un croissant à concavité supérieure. Tout le reste de la cornée est obscurée parfaitement par une kératite ponctuée qui cache complètement la chambre antérieure; les douleurs ont cessé, il y a toujours un peu de photophobie.

28 *avril.* — Paracentèse (4 évacuations); humeur aqueuse abondante, crémeuse, grisâtre.

1er *mai.* — La cornée s'est tellement éclaircie, sauf la tache centrale, qui n'a pas changé, que l'on peut voir dejà un peu l'iris. Le malade s'aperçoit bien de l'amélioration, car il compte les doigts, ce qui est bien loin de la cécité presque complète.

3. — Paracentèse (4 évacuations); humeur trouble.

8. — Paracentèse (4 évacuations); on voit un peu la pupille, qui paraît déformée; on ordonne l'atropine tous les jours.

14. — La tache centrale, qui a changé de couleur, s'est transformée en vrai leucoma de couleur blanc-gris. Toute la cornée est presque transparente, on voit bien encore cependant des ponctuations parsemées çà et là sur la cornée; la pupille est dilatée.

Paracentèse; humeur aqueuse claire. Depuis le 15 on ordonna des instillations de laudanum qui firent disparaître complètement les ponctuations superficielles que l'on observait encore sur la cornée.

Il sort le 31 mai avec cette tache centrale, qui diminue sensiblement depuis qu'on emploie les instillations de laudanum.

On ne donna d'autre remède, depuis la fin d'avril, que quelques purgatifs.

CVII.

Kératite ponctuée. — Choroïdo-iritis. — Evacuations. — Guérison.

Christine M., âgée de 19 ans, de Giaveno, paysanne, peu menstruée, d'un tempérament sanguin lymphatique, entre le 21 mai 1861.

Affectée d'aquo-capsulite avec synéchie postérieure, kératite pointillée très étendue et centrale, phléboïdèse choroïdéale et douleurs névralgiques récurrentes péri-orbitaires. Sclérotique bleuâtre; dans l'œil droit cécité. Elle voit la main. L'affection date de quatre ans, elle l'a rarement fait souffrir et la vue fut toujours plus ou moins troublée.

Elle avait fréquenté la consultation pendant cinq jours. On avait ordonné des pilules de calomel et aloès, on avait fait des scarifications palpébrales. Le 21 et le 22 on donna le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour, sans diminution des douleurs devenues continues; on ne pouvait dilater la pupille.

On fit, le 23, la paracentèse et on continua l'évacuation deux fois par jour. L'humeur aqueuse sortit très trouble, dense et crémeuse. (Globule de sang et de pus, granulations et dé-

tritus de cellules). Il en sortit très peu, quoique la chambre antérieure fut très ample. L'iris ne se porte pas au contact de la cornée. La douleur cesse.

25. — On aperçut que la pupille se dilatait un peu, mais on ne pouvait encore faire sortir toute l'humeur aqueuse, déjà un peu moins trouble. La cornée s'éclaircissait un peu et la vue reparaissait un peu.

Ce ne fut que vers la fin du traitement et à mesure que la pupille se dilatait et rompait ses adhérences que l'humeur aqueuse put être évacuée complètement et que l'iris venait se mettre au contact de la cornée. En même temps que l'on observait cette amélioration, mais plus rapidement, la cornée reprenait sa transparence, qui était presque complète vers le 10 juin; l'humeur aqueuse devenait parfaitement limpide, sortant en plus grande abondance. L'aspect bleuâtre de la sclérotique disparaissait. Les douleurs ne reparurent pas, mais elle sentait quelques piquotements, un peu de tension oculaire après les évacuations qui étaient suivies chaque fois d'instillations d'atropine.

A sa sortie la cornée est limpide. La chambre antérieure n'a pas changé de dimension. L'iris paraît peu altéré et il y a toujours peu de synéchie postérieure légère; la pupille s'élargit irrégulièrement.

On avait administré du fer et quinine pour rappeler les menstrues, qui n'ont pas paru; l'époque de leur apparition a été signalée par des douleurs de tête sans augmentation du mal des yeux.

La paracentèse fut continuée pendant vingt-deux jours. Elle sort le 15 juin, lisant les caractères moyens confusément. La pupille ne peut être éclairée par l'ophthalmoscope, elle est trouble encore.

CVIII.

Kératite ponctuée avec abcès interlamellaire. — Ponction de l'abcès. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète.

Pauline B., âgée de 18 ans, de la Veneria, entre le 4 avril 1861.

D'une constitution scrophuleuse, elle a perdu l'œil droit à la suite d'une conjonctivite purulente. Du côté gauche on lui a fait, il y deux ans, une belle pupille pour leucoma avec synéchie antérieure. Depuis lors elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital pour cornéites pustuleuses menaçant de faire perdre le résultat obtenu. Toujours le traitement ordinaire a suffit pour la guérison. Cette fois, après un jour de traitement par des potions émétisées, scarifications et diète, la pustule, qui se trouvait au-devant de la pupille, augmentait et la cornée se faisait staphylomateuse. Kératite ponctuée de toute la cornée.

On fait une ponction au centre, il sortit beaucoup d'humeur trouble, sanguinolente et ensuite évacuations pendant quatre jours, par une ouverture faite en dehors à la cornée. Dès lors les douleurs jusque-là très aiguës cessèrent, et au bout de dix jours la cornée avait repris sa transparence; elle sort le 30 avril.

CIX.

Kératite ponctuée grave et iritis dans les deux yeux. — Evacuations. — Guérison complète.

Joséphine M., âgée de 16 ans, de Moûtiers (Savoie), entre le 19 mars 1860.

Aménorrhée, céphalalgie, palpitations chlorotiques depuis huit mois; depuis un mois la vue baisse rapidement dans les deux yeux; depuis huit jours elle a des névralgies fronto-pariétales

chaque soir. La malade voit un peu mieux après-midi que le matin.

Kératite ponctuée superficielle totale de la cornée droite, limitée aux deux tiers externes de la cornée gauche; synéchie postérieure résistant à des instillations nombreuses d'atropine faites depuis trois jours. Depuis trois jours elle prend 0,05 d'émétique chaque jour, et on fait des scarifications palpébrales.

19, 20, 21 *mars.* — Sulfate de quinine 1 gramme par jour. La nuit du 21 a été fort mauvaise, la névralgie plus intense du côté gauche; œil gauche fort injecté, la kératite est étendue à toute la cornée.

21. — Paracentèse; quatre évacuations dans les deux yeux; humeur aqueuse trouble, surtout à gauche; instillations d'atropine; on ordonne des pilules d'aloès et calomel en continuation (0,10 centigr. de chaque par jour).

22. — La douleur a cessé complètement; la cornée n'a pas changé d'aspect et on voit pourtant bien mieux l'iris; pupille un peu dilatée à droite, mais irrégulièrement; séance de trois évacuations dans les deux yeux; humeur aqueuse plus limpide, moins abondante, mais se reproduisant plus rapidement.

23. — La pupille se dilate dans les deux yeux irrégulièrement; les deux cornées s'éclaircissent surtout du côté interne.

27. — Même état. Paracentèse; trois évacuations; instillations d'atropine nombreuses coup sur coup après chacune des évacuations faites à une demi-heure d'intervalle.

Soir. — Les deux pupilles plus larges, toujours irrégulières.

28. — Les deux pupilles sont très larges, la droite seule est un peu irrégulière en dehors. Les deux cornées s'éclaircissent progressivement de dedans en dehors; instillations d'atropine.

Soir. — Pupille droite tout à fait dilatée; on continue le traitement interne; collyres au laudanum; on touche chaque jour la cornée avec du sulfate de cuivre.

8 *avril.* — Il n'y a plus vestige d'affection. On ordonne des pilules de sous-carbonate de fer, 5 grammes, et extrait aqueux d'aloès, 3 grammes, pour 60 pilules (quatre par jour).

La malade sort le 15 avril.

CX.

Irido-kératite. — Hypopyon. — Evacuations. — Guérison.

Charles P., âgé de 10 ans, de Turin, entre le 29 mars 1860.

Ulcère de la moitié inférieure interne de la cornée; hypopyon léger; kératite pointillée de toute la portion non ulcérée de la cornée; iritis; trouble général de la chambre antérieure; affection datant de quinze jours, et depuis huit jours accompagnée de photophobie et douleurs continues intenses.

29 *mars au* 5 *avril.* — Emétique en lavage; instillations d'atropine; scarifications palpébrales. L'affection progresse, l'hypopyon est resté au même point, mais la portion supérieure de la cornée et la chambre antérieure sont complètement troublés au point qu'on ne peut voir l'iris.

5 *et* 8. — Paracentèse et séances de quatre évacuations; humeur aqueuse fort trouble à la première séance.

15. — Le malade sort n'ayant qu'un leucoma assez vaste à la partie inférieure interne de la cornée. La pupille irrégulièrement dilatée encore le 8 avril, est maintenant mobile et libre.

CXI.

Kératite pointillée dans un œil. — Guérison prompte par les évacuations. — Développement de l'affection dans l'autre œil avec exsudats interlamellaires et choroïdite très grave. — Peu d'action des évacuations dans la première période, essais inutiles de divers traitements. — Curieuse migration des opacités.—Choroïdo-iritis devenant excessivement grave. — Succès des évacuations. — Guérison de la choroïdo-iritis. — Amélioration notable de l'affection cornéale. — Amélioration progressive et guérison définitive.

Jacques P., âgé de 19 ans, campagnard, de Giaveno, entre le 2 septembre 1860.

Kératite ponctuée de toute la cornée gauche; névralgies fronto-

pariétales intenses; sensibilité excessive de l'œil depuis quinze jours; diminution de la vue depuis un mois; instillations d'atropine; calomel 0,15 et jalap 1 gramme par jour en continuation; paracentèse; évacuations de l'humeur aqueuse (une par jour les 2, 3, 4, 5 et 6 septembre) avec disparition prompte de l'affection; le malade lisait le N° 1 de l'échelle avec cet œil.

Mais en même temps la kératite commença à se déclarer dans l'œil droit en bas de la cornée, sans douleur. La continuation du traitement général, des instillations d'atropine et des scarifications arrêtèrent le mal jusqu'au 16; la pupille s'était régulièrement dilatée.

17. — Pendant la nuit névralgie oculaire et péri-oculaire très intense; on trouve l'œil très injecté; photophobie; pupille resserrée; paracentèse; quatre évacuations dans la journée; humeur aqueuse trouble à la première évacuation.

18. — Tout est rentré dans l'ordre; état de l'œil le même que le 16.

L'affection resta dans cet état jusqu'au 3 octobre; le malade ressentait toujours un peu de poids dans l'œil droit; la pupille, resserrée depuis dix jours, ne se dilatait plus. Le calomel avait été suspendu depuis trois jours pour stomatite légère, guérie déjà par le chlorate de potasse. Pendant la nuit névralgie intense.

4 *octobre*. — État de l'œil le même que le 17 du mois passé; paracentèse; trois évacuations dans la journée; humeur aqueuse très trouble.

5. — La névralgie a reparu plus intense encore dans la nuit, elle dure encore le matin; trois évacuations dans la journée; sulfate de quinine 1 gramme, laudanum 0,50; la névralgie, le soir, est comme la veille.

6, 7, 8. — Même état, même traitement; humeur aqueuse toujours très trouble; il s'est fait dans toute la périphérie de la cornée comme une couronne de petites opacités interlamellaires en forme de chapelet.

9. — On suspend les évacuations; deux saignées du bras; pas d'amélioration.

10. — Huile essentielle de térébentine 5 grammes dans un looch; quinze sangsues derrière l'oreille.

11. — Les opacités de la cornée s'avancent d'une façon uniforme et régulière vers le milieu de la cornée en se serrant

les unes contre les autres, en conservant la forme en couronne et en laissant libre et transparente la périphérie et le centre de la cornée; thérébentine et huit sangsues à la tempe.

12. — Douleurs plus fortes depuis la veille au soir; on continue la thérébentine à la même dose jusqu'au 17. Les opacités se sont toutes agglomérées dans le centre en y formant une vaste tache d'un blanc jaunâtre; la périphérie de la cornée est ponctuée superficiellement.

13. — Douleurs excessivement intenses depuis la veille au soir; chémosis peri-cornéal rouge très grave; le malade demande qu'on lui enlève l'œil. Paracentèse; six évacuations dans la journée; humeur aqueuse plus trouble encore, crémeuse, comme granulée.

14. — Le malade a passé une meilleure nuit; le chémosis a diminué; cinq évacuations dans la journée; l'humeur aqueuse est un peu moins trouble le soir; purgatif.

15. — La douleur a presque disparu ainsi que le chémosis; trois évacuations; humeur aqueuse presque limpide.

16. — La douleur a tout à fait disparu; le malade commence à voir un peu; la pupille, jusqu'ici toujours très resserrée, commence à se dilater irrégulièrement; la périphérie de la cornée est tout à fait limpide; évacuations; on ordonne de nouveau calomel et jalap.

17, 18, 19 *et* 20. — Evacuations, une par jour; la tache centrale se limite un peu vers la périphérie; la pupille est toute à fait large; collyres de laudanum du 20 au 30, jour de sa sortie, pour réparer ses forces très gravement éprouvées par ce long traitement.

Le malade revient le 20 mai 1861; il n'y a plus aucune trace de l'affection, il n'a plus souffert; la vue s'est éclaircie peu à peu et depuis quatre mois les deux yeux voient également très bien; il a pris, pendant trois mois, des préparations ferrugineuses et il a fait des instillations de laudanum pendant fort longtemps.

CXII.

Kératite ponctuée et interlamellaire. — Synéchie postérieure, pseudo-cataracte. — Ectasie scléroticale antérieure. — Choroïdo-iritis. — Cécité très avancée. — Guérison presque complète dans un œil, très notable dans l'autre, obtenue par les évacuations de l'humeur aqueuse et des instillations d'atropine, employées seules à cause d'une grossesse très avancée avec menace d'accouchement prématuré.

Pauline D., âgée de 32 ans, d'Alpignano, entre le 17 novembre 1861.

Enceinte de 7 mois, elle souffre depuis deux mois de névralgies frontales d'abord intermittentes, continues depuis quinze jours, et d'affaiblissement progressif de la vue; pour la première fois elle est malade, elle a un teint chlorotique.

Etat actuel. — Kératite ponctuée superficielle totale à gauche, kératite superficielle totale et interlamellaire dans la moitié externe de la cornée à droite. Les taches interlamellaires sont nombreuses, petites, irrégulières. Synixèse, synéchie postérieure et pseudo-cataracte blanchâtre dans les deux yeux. Perception de la lumière à droite, elle compte les doigts de l'œil gauche; elle ne peut plus diriger ses pas depuis un mois. Sclérotiques tendues, bleuâtres; des deux côtés ectasie très prononcée de la sclérotique en avant et aux côtés externes.

L'état avancé de la grossesse rendent imprudent tout traitement général énergique et toute opération grave; d'autre part on ne peut laisser dans cet état une affection aussi grave et progressive.

17 *novembre.* — Quatre grammes de magnésie calcinée; scarifications palpébrales; instillations d'atropine; deux selles.

18. — Scarifications, instillations d'atropine; coliques, contractions utérines, dans la journée lavements au laudanum, 0,50 de laudanum à l'intérieur; même traitement local.

19. — Les contractions ont cessé; paracentèse aux deux yeux; humeur aqueuse, surtout à droite, se reproduisant très lentement

(une heure); on aperçoit de suite mieux l'iris dans les deux yeux; atropine; scarifications.

20. — Même traitement; humeur aqueuse encore assez trouble.

22. — La malade compte les doigts de l'œil droit, voit bien la face de l'opérateur de l'œil gauche. Dans les deux yeux les opacités superficielles cornéales ont diminué. La névralgie a complètement disparu.

22. — Dans la nuit nouvelles tranchées utérines, qui cèdent dans la journée aux mêmes moyens.

23. — La pupille gauche s'est un peu dilatée en dehors; deux évacuations; humeur aqueuse à gauche presque limpide, se reproduit vite.

24, 25, 26 *et* 27. — Même traitement.

28. — La kératite à gauche ne laisse presque plus de trace, et la pupille est large quoiqu'irrégulière; à droite la kératite superficielle a beaucoup diminué, non les opacités interlamellaires.

28, 29, 30 *novembre et* 1er *décembre.* — Même traitement. Les opacités cornéales ont disparu; à gauche les adhérences de l'iris ont disparu; pupille très large; à l'éclairage latéral seulement on voit la superficie antérieure du cristallin un peu trouble; lecture facile des Nos moyens. A droite disparition de la kératite superficielle, même état de la kératite interlamellaire. La pupille s'est un peu élargie irrégulièrement et la pseudo-cataracte est moins blanche; elle distingue la face de l'opérateur de l'œil droit. Les ectasies scléroticales ne sont plus marquées que par une légère trace bleuâtre.

Elle sort le 3 décembre.

CXIII.

Kératite ponctuée et interlamellaire très grave. — Choroïdo-iritis aiguë. — Evacuations. — Guérison de la choroïdo-iritis. — Diminution très notable des opacités cornéales.

Joseph C., âgé de 38 ans, domicilié à Turin, infirmier dans un hôpital, entre le 4 avril 1861.

Kératite ponctuée de toute la cornée qui est complètement

opaque avec abcès ou vaste tache jaunâtre interlamellaire centrale, chémosis léger périkératique, injection étendue de la conjonctive scléroticale, léger œdème de la marge palpébrale supérieure, photophobie, larmoiement, névralgies continues, dureté du bulbe.

L'affection date de plusieurs mois, la cécité, les douleurs allèrent toujours en augmentant; depuis quinze jours celles-ci sont devenues intolérables; il a été soigné déjà par des sangsues, calomel, purgatifs; il est d'un tempérament lymphatique.

Pendant huit jours on se limita à faire des scarifications, instillations fréquentes d'atropine, frictions péri-orbitaires d'onguent mercuriel avec belladone, applications glacées; calomel et aloès à l'intérieur; pendant deux jours on donna un gramme de sulfate de quinine pour vaincre les douleurs plus aiguës pendant la nuit. L'affection ne fait qu'empirer; les opacités cornéales, les douleurs paraissent augmenter.

13 *avril.* — Paracentèse; humeur aqueuse trouble, crémeuse, blanchâtre, peu abondante. On continue les instillations d'atropine, les pilules de calomel et on répète deux ou trois fois par jour l'évacuation de l'humeur aqueuse.

15. — Salivation mercurielle; on interromp le calomel; il n'y a d'autre amélioration qu'une diminution très prononcée de la douleur dès le premier jour où l'on fit l'évacuation; humeur aqueuse toujours trouble et peu abondante; le chémosis a disparu.

17. — La salivation a promptement cessé sous l'usage du chlorate de potasse. La quantité de l'humeur aqueuse a un peu augmenté; les douleurs ont reparu très fortes pendant cette nuit. Même traitement, moins la calomel.

20. — Les douleurs avaient disparu, elles sont revenues pendant la nuit; l'humeur aqueuse a beaucoup augmenté, elle est toujours trouble. La cornée s'éclaircit un peu à la périphérie.

25. — Les douleurs ont cessé dès le 22; l'œil est toujours très sensible, la photophobie très forte; humeur aqueuse toujours très abondante et trouble, peut-être un peu moins.

31. — La douleur a reparu le 29 et le 30 pendant la nuit; sulfate de quinine pendant deux jours; les douleurs ne reparaissent pas. La cornée s'éclaircit beaucoup, il commence à voir un peu; la sensibilité oculaire diminue ainsi que la photophobie; humeur aqueuse moins trouble.

6 *mai.* — On voit la pupille irrégulière, avec synéchie postérieure. L'humeur aqueuse est abondante toujours et plus claire. L'injection péri-kératique a complètement disparu.

11. — On cesse la paracentèse; l'humeur aqueuse, peut-être un peu moins abondante qu'au milieu du traitement, est très abondante; la cornée est beaucoup plus claire, comme dans une kératite pointillée superficielle de moyenne intensité, laisse bien voir la pupille irrégulière. La tache centrale a diminué de moitié et de jaunâtre qu'elle était est devenue d'un blanc gris, comme un leucoma mal limité à sa périphérie. Le malade voit et distingue assez bien les gros objets; on continue les instillations d'atropine; on fait des instillations de laudanum; on donne du sous-carbonate de fer à l'intérieur.

20. — Il y a de nouveau douleur, la pupille est plus resserrée; paracentèse deux fois par jour pendant deux jours; cessation de ces symptômes; l'humeur aqueuse est abondante et *l'on voit bien que l'iris ne peut pas se porter complètement au contact de la cornée le premier jour, ce qu'il fit à la dernière évacuation.*

Il sort le 31 mai encore amélioré, il compte bien les doigts, distingue un porte-plume.

Il continua les instillations d'atropine, de laudanum, l'usage interne des ferrugineux.

20 *juin.* — La pupille a repris ses mouvements assez libres, la périphérie de la cornée est limpide, le centre en est occupé par un leucoma assez large, se continuant à sa périphérie en tache ponctuée de la cornée. On pourra faire une belle pupille artificielle.

CXIV.

Kératite ponctuée et interlamellaire très grave. — Irido-choroïdite aiguë. — Traitement ordinaire inutile. — Evacuations. — Guérison presque complète, amélioration continue.

Juvénal P., agé de 19 ans, horloger, de Carrù, entre le 26 novembre 1861.

Depuis deux mois il souffre de névralgies frontales du côté

droit, qui avaient paru diminuer à la suite de repos absolu de la vue, mais qui ont reparu plus intenses depuis quinze jours. La vue se trouble chaque jour de plus en plus dans l'œil droit.

Photophobie; névralgies continues plus fortes vers le soir; œil très douloureux, injection conjonctivale et sous-conjonctivale très forte dans la région de la sclérotique; kératite ponctuée superficielle étendue à toute la cornée, qui est aussi obscurcie dans toute son étendue par une foule de taches interlamellaires de diverses grandeurs et mal limitées; on ne peut voir ni l'iris ni la pupille; vue nulle.

Du 26 novembre au 1er décembre émétique 0,10 par jour; instillations fréquentes d'atropine et scarifications palpébrales.

1re *décembre.* — Les douleurs étant plus fortes, intolérables pendant la nuit: sulfate de quinine 1 gramme, laudanum 0,50 en potion; scarifications; atropine.

2. — Pas d'amélioration, même traitement répété le 5 sans succès.

4. — Il y a chémosis péri-cornéal; du reste même état; paracentèse, trois évacuations dans la journée; humeur aqueuse très trouble, crémeuse.

5. — Le malade a dormi; la recrudescence de la douleur ne s'est manifestée que le matin à trois heures; trois évacuations dans la journée; un purgatif; humeur aqueuse très trouble; purgatif.

6. — Les douleurs continues et intermittentes ont disparu; humeur aqueuse un peu moins trouble.

7. — Les ponctuations de la cornée ont presque disparu; les opacités interlamellaires se raréfient; le malade compte les doigts; évacuation.

8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16. — Evacuations (une par jour) et instillations d'atropine; calomel et aloès à l'interieur.

17. — On voit bien la pupille et l'iris; la pupille est un peu irrégulière et peu dilatée; les opacités cornéales, qui se sont raréfiées considérablement, sont assez régulièrement limitées.

On continue le calomel, qui fut suspendu le 30 à cause d'une stomatite assez forte bientôt guérie par le chlorate de potasse; la pupille s'est dilatée complètement.

Des collyres au laudanum, des attouchements journaliers de

la cornée avec le sulfate de cuivre furent le seul traitement suivi jusqu'au 30 janvier, jour de sa sortie.

Il lit les plus fins caractères; pupille mobile; il y a encore quelques taches interlamellaires en bas et en dehors dans la cornée.

CXV.

Irido-kérato-choroïdite aiguë très grave. — Inutilité d'un traitement énergique général et local. — Evacuations coup sur coup. — Guérison avec synéchie postérieure. — Une séance d'évacuations. — Rupture des adhérences. — Guérison complète.

Ange G., agé de 14 ans, di Cambursano, entre le 28 juin 1860.

Œil gauche: Iris bleu. — *Œil droit:* Petits ulcères grisâtres irréguliers de la cornée au côté externe; chambre antérieure trouble; iris gris brun, voilé; chémosis péri-cornéal séro-inflammatoire; pupille très contractée; névralgie fronto-pariétale très aiguë depuis 10 jours; œil dur, très douloureux au toucher; photophobie intense, larmoiement; affection datant de 15 jours, n'ayant présenté pendant les cinq premiers jours d'autres signes qu'une photophobie assez forte.

Traitement. — Jusqu'au 4 juillet: émétique 0,05 en lavage, scarifications palpébrales répétées, instillations fréquentes d'atropine chaque jour sans changement.

4. — Même traitement; quatre sangsues derrière l'oreille.

5. — Pas de changements; paracentèse; quatre évacuations dans la journée; l'humeur aqueuse, très trouble à la première évacuation, l'est un peu moins aux suivantes.

6. — La pupille s'est un peu élargie irrégulierement; le malade a dormi, les douleurs ont disparu; l'iris a repris déjà un peu de sa couleur bleuâtre.

L'amélioration progresse; le 10 les ulcérations cornéales sont complètement cicatrisées, le malade prend des pilules de calomel et aloès. La pupille ne s'est pas dilatée beaucoup et est irrégulière; paracentèse; trois évacuations et instillations répétées immédiates d'atropine.

11. — Pupille dilatée très régulièrement.

27. — Pupille normale, mobile; le malade lit couramment le N° 1 de l'œil opéré; couleur des deux iris en tout semblable; il sort.

CXVI.

Irido-choroïdo-kératite. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Iridectomie. — Nouvelles évacuations. — Résultat très satisfaisant.

Bernard V., mineur, âgé de 51 ans, entre le 15 juin 1861. Il a perdu l'œil droit en 1830 à la suite d'une explosion de mine. L'œil gauche depuis lors a reçu de fréquentes contusions légères à la suite d'explosions, mais il n'a jamais souffert. Au commencement de novembre 1860, sans cause appréciable, il perdit peu à peu la vue sans douleurs; il fut soigné dans un hôpital de Turin par une ponction cornéale, deux vésicatoires, instillations d'atropine et collyres, dont il ne connaît pas la composition. La vue ne gagna pas; il resta chez lui jusqu'à ce jour; il est complètement aveugle depuis un mois; il distingue avec peine le jour de la nuit.

Le bulbe a sa consistance, il est même un peu plus dur. La cornée est aplatie, la chambre antérieure très étroite dans son diamètre antéro-postérieur est un peu trouble et l'éclairage latéral laisse voir quelques petites taches à la face profonde de la cornée; la pupille, très irrégulière, est un peu large, adhérente en arrière par plusieurs brides ne se dilatant nullement sous les instillations d'atropine. La pupille a l'aspect d'un brouillard épais; l'éclairage latéral fait voir plusieurs points de pigment déposés sur la capsule; l'ophthalmoscopie ne donne aucun résultat, on ne peut voir au-delà de ce brouillard qui obscurcit la pupille.

15 *au* 20. — Calomel et aloès à l'intérieur; instillations fréquentes d'atropine; aucun résultat. Paracentèse deux fois par jour; humeur aqueuse citrine et très peu abondante; la pupille cède un peu à l'atropine et se dilate légèrement et irrégulièrement; la chambre antérieure paraît un peu plus claire.

21. — Iridectomie du côté interne; rien de notable; la chambre antérieure paraît bien plus claire; rien pour la vue.

2 *juillet.* — Paracentèse deux fois par jour; humeur limpide plus abondante qu'avant, elle augmente chaque jour; la cornée devient plus convexe et s'éclaircit un peu profondément; l'iris s'est éloigné de la cornée, la chambre antérieure est plus grande et bien plus claire.

6. — Le malade dit apercevoir bien la lumière et voir passer la main; avec l'ophthalmoscope on ne voit rien, mais on aperçoit le ronge de la choroïde à travers le brouillard de la pupille.

7 *et* 8 *id.* — Humeur aqueuse limpide.

9 *et* 10. — Un peu plus de vue; humeur aqueuse abondante et limpide; la pupille s'est un peu resserrée et est moins obscurcie par le brouillard.

10 *soir.* — Il est somnolent et se plaint de vertiges; une saignée.

11 *matin.* — Chémosis séreux péri-cornéal; douleurs dans l'œil; scarifications; on répète la saignée; émétique.

12. — Chémosis dans le même état; émétique.

15. — Amélioration du chémosis; traitement id.

17. — Guérison complète de cette recrudescence.

18. — Le malade est comme avant la recrudescence.

CXVII.

Irido-choroïdite. — Ulcère de la cornée. — Hypopyon de plus du tiers de la chambre antérieure. — Staphylôme antérieur de la sclérotique. — Paracentèse. — Evacuations pendant neuf jours. — Guérison. — Iridectomie avec succès pour leucoma de la cornée.

Françoise B., âgée de 30 ans, de Camandona, entre le 2 juillet 1861.

Affectée d'ulcère vaste et perforant de la cornée dans la partie inférieure avec hypopyon montant jusqu'à la pupille, qui est resserrée et irrégulière. Staphylôme vaste et très prononcé dans la moitié supérieure de la sclérotique. Souffrant de cet œil depuis

trois ans, les douleurs sont devenues intolérables depuis trois semaines.

3 *juillet.* — Paracentèse en bas; tout le pus, plutôt épais, sortit; la douleur cessa presque complètement dès ce moment. On fit l'évacuation deux ou trois fois par jour jusqu'au 12; l'humeur aqueuse, trouble encore pendant les premiers jours, redevint claire; l'ulcère cicatrisa en peu de jours, la pupille se dilata après quelques jours en même temps que le staphylôme sclérotical s'abassait; le staphylôme ne laissait d'autre trace que de légères taches noirâtres au moment de sa sortie. Aucun autre traitement, sauf deux purgatifs légers et des instillations d'atropine, ne fut employé.

Elle sort le 15 juillet 1861. On ordonna des pilules de fer et aloès pour réparer à la chlorose et à l'affaiblissement de la malade.

Elle rentre du 24 juillet au 12 août. La guérison s'est maintenue; il y a leucoma, qui cache en partie la pupille. On fit un belle pupille du côté interne. L'iris était friable et altèré. La vue est excellente, les staphylômes de la sclérotique laissant à peine un légère trace bleuâtre.

CXVIII.

Kératite ponctuée ancienne. — Choroïdo-iritis lente dans un œil. — Congestion de la choroïde dans l'autre œil. — Staphylôme de la sclérotique en avant dans les deux yeux. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Caroline R., âgée de 20 ans, de Biella, entre le 29 novembre 1861.

Dysménorrhée depuis un an; douleurs névralgiques fronto-pariétales à chaque période menstruelle. Vue s'affaiblissant depuis sept mois lorsqu'elle se présenta, le 15 septembre dernier, affectée d'iritis et kératite ponctuée limitée à la partie externe de la cornée; on ordonna alors des pilules d'aloès et calomel et feuilles de belladone (trois gramme de chaque pour 60 pilules, trois par jour).

Etat actuel. — Kératite ponctuée étendue à toute la cornée

et kératocone très prononcé dans l'œil droit avec synéchie postérieure et photophobie intense. Yeux très durs, éctasies scléroticales en bas à droite, et au dehors à gauche. Congestion des parties profondes de la choroïde à gauche. Vue presque nulle à droite; La malade ne peut lire de l'œil gauche.

On ordonne la continuation des pilules d'aloès et calomel, instillations d'atropine en continuation à droite.

29. — Paracentèse; évacuations de l'umeur aqueuse dans les deux yeux; humeur aqueuse trouble à droite et plus abondante qu'à gauche.

30. — La douleur a disparu complètement à droite; la malade lit les gros caractères de l'œil gauche.

31 *décembre et* 1er *janvier.* — Evacuations; l'œil gauche lit le N° 10 de l'échelle; la kératite disparaît, la pupille se dilate irrégulièrement à droite.

2, 3, 4, 6, 7, 8, 10 et 12. — Evacuations (une par jour) dans l'œil droit seulement.

La kératite a disparu complètement le 14, jour de sa sortie, sauf en dehors, où la cornée est encore un peu trouble; la pupille est dilatée régulièrement et très largement. Les staphylômes de la sclérotique ont disparu laissant à droite seulement une trace légèrement bleuâtre. La menstruation est devenue un peu plus abondante ces derniers jours.

On ordonne des pilules de sous-carbonate de fer et aloès.

CXIX.

Choroïdo-iritis très aiguë dans un œil, choroïdo-iritis lente dans l'autre. — Troisième récidive à un an d'intervalle. — Deux premières fois maladie guérie par les évacuations de l'humeur aqueuse. — Cette fois amélioration par les évacuations. — Guérison aux deux yeux par l'iridectomie.

François D., agé de 18 ans, de Entraque, ramoneur, entre le 14 février 1861.

Affecté de choroïdo-iritis très aiguë, avec douleurs continues et

intolérables depuis huit jour, synixèse et trouble de la chambre antérieure, dans l'œil droit.

Choroïdo-iritis lente, synixèse, staphylôme de la sclérotique dans la partie supérieure et près de la cornée, peu élevé et noirâtre, sans douleur; cécité, dans l'œil gauche.

Le malade a déjà été guéri deux fois par la paracentèse (février 1859 et février 1860) pour cette même maladie, qui alors, comme cette fois, avait été très aiguë.

On fit de suite la paracentèse dans l'œil droit, continuée jusqu'au 17 avec légère diminution de la douleur; humeur aqueuse citrine. Le malade était soumis à la diète, à des potions émétisée le premier jour, puis au calomel à haute dose; instillations d'atropine.

17. — Iridectomie du côté interne, à droite; la douleur cesse complètement comme par enchantement pour ne plus reparaître. Le léger chémosis péri-cornéal et l'injection avaient disparu dès le lendemain.

19. — Le malade comptait les doigts et se levait; le traitement général avait été suspendu.

24. — On fit l'iridectomie du côté gauche, l'iris se déchirait et l'opération dut être répetée le 28. La pupille est très belle; la vue deux jours après était très bonne.

Au moment de sa sortie les staphylômes s'étaient complètement abaissés, et la couleur bleuâtre de la sclérotique avait beaucoup diminué.

Le malade sort le 13 mars. On ordonne au malade des pilules de calomel. La guérison est aussi bonne que possible; le malade lit des deux yeux.

CXX.

Choroïdo-iritis aiguë dans les deux yeux. — Iridectomie. — Guérison de la choroïdo-iritis dans les deux yeux sans retour de la vue. — Récidive de la choroïdo-iritis dans un œil.— Evacuations de l'humeur aqueuse dans les deux yeux. — Guérison de la choroïdo-iritis et retour très notable de la vue dans les deux yeux.

Jacques C., âgé de 55 ans, de Collegno, entre le 3 septembre 1860. Sinixèse, synéchie postérieure dans les deux yeux; affection datant de trois ans dans les deux yeux; de temps en temps il souffre de névralgies assez intenses. En ce moment il a des douleurs très fortes, très aiguës dans les deux yeux, surtout à gauche; chémosis péri-cornéal des deux côtés, très grave à gauche; œdème des bords libres des paupières supérieures.

3. — Purgatif. *Soir.* Iridectomie dans les deux yeux au côté interne; hémorrhagie assez forte des deux côtés, et on ne peut faire sortir qu'une partie du sang épanché qui remplit les deux chambres antérieures; évacuations continuées chaque quatre heures dans les deux yeux.

3 *et* 4. — Résultat satisfaisant quant aux douleurs qui ont presque cessé; vue presque nulle, limitée à la perception de la lumière; les pupilles sont très belles; pas de traces de sang; on ordonna calomel 0,15 et 1 gramme de jalap par jour.

12. — La vue n'a pas amélioré; les pupilles sont belles.

13. — Pendant la nuit douleurs très intenses, chémosis péricornéal, etc., dans l'œil gauche, comme au jour de son entrée, paracentèse ; évacuations, deux à droite et cinq à gauche dans la journée.

14. — Les douleurs ont cessé; à droite le malade compte les doigts.

15, 17, 19, 21. — Evacuations (par séances de trois évac. chacune); le malade sort le 23 lisant quelques mots de l'œil droit, distinguant quelques lettres de l'œil gauche; il se sent les yeux tout à fait libres, dit-il.

CXXI.

Choroïdo-kératite. — Hydrophthalmie. — Evacuations. — Amélioration très prononcée.

J. B., de Pica, âgé de 35 ans, laboureur, entre le 15 juillet 1862.

En 1848, pendant une longue convalescence de fièvre thyphoïde avec éruption miliaire grave, il eut une ophthalmie très douloureuse dans l'œil gauche avec photophobie, névralgie faciale et frontale, qui guérit au bout d'une vingtaine de jours sans traitement, mais depuis lors la vue de cet œil, qui jusque-là avait été meilleure qu'à droite, diminua peu à peu. De temps en temps la vue s'obscurcissait davantage, surtout après un travail prolongé au soleil ou une excitation quelconque. Alors aussi les lumières paraissaient étoilées. Le médecin lui conseilla deux saignées il y a trois ans, époque où ces mêmes phénomènes commencèrent à se manifester à droite. A mesure que l'affection se développait, les yeux devenaient myopes et il lui était toujours plus impossible de lire ou écrire un peu longtemps. Depuis le commencement de 1849 l'œil gauche, qui était le meilleur (car il était obligé, pour chasser, de mirer de cet œil), ne peut plus lire; de l'œil droit il lit à huit pouces le dernier N° de l'échelle, à quatre, les N^{os} moyens; la vue n'est plus possible si on éloigne un caractère donné d'une distance de moins d'un pouce en avant ou en arrière, le N° 3 ne peut être lu, le N° 4 à grande peine.

Yeux durs, cornées bombées en avant dans les deux yeux; à l'éclairage latéral on voit une légère diminution de transparence dans la couche épithéliale. Tout autour de la cornée, dans une étendue variant de un à quelques millimètres, la sclérotique est bleuâtre, étirée; injection profonde des vaisseaux de cette membrane qui a une couleur blanche sale; le bulbe entier est distendu.

Chambres antérieures très grandes; iris bruns foncés; à gauche, il y a un colobôme de l'iris presque complet dirigé directement du haut en bas, il n'existe qu'une ligne presque imperceptible de l'iris en bas.

Les pupilles sont un peu verdâtres et à l'éclairage latéral on

voit un très léger trouble uniforme des couches plus superficielles du cristallin.

Papilles enfoncées, d'un gris verdâtre, vaisseaux de la papille infléchis à la périphérie, surtout à gauche.

Choroïdes d'un rouge sombre très marqué. Autour des papilles reflet ardoisé du pigment et un peu plus en dehors, les gros vaisseaux enormément dilatés, surtout vers l'équateur, divisent le pigment en ilots irréguliers et surtout en lignes où il est comme aggloméré et plus visible.

15. — Evacuation de l'humeur aqueuse aux yeux très abondante, un peu trouble, de façon qu'ensuite l'iris fut vu plus distinctement.

Soir. — La vue est un peu plus claire dans l'œil gauche.

16. — Chambres antérieures un peu moins amples et zône bleuâtre péri-cornéale bien sensiblement diminuée.

25. — Il lit les caractères moyens de l'œil droit, de l'œil gauche il distingue quelques objets; l'humeur aqueuse est moins abondante; évacuations toujours continuées.

10 *août.* — Il lit à 16 pouces des caractères N° 3 de l'œil droit, de l'œil gauche il distingue quelques objets.

Choroïdes d'un rouge beaucoup moins foncé; les vaisseaux choroïdiens sont moins dilatés, d'un rouge moins marqué; les pupilles ne sont plus verdâtres; la conicité des cornées a beaucoup diminué; il n'y a plus de zône bleuâtre péri-cornéale. Il a eu trois accès de fièvre intermittente le 7, le 8 et le 9, combattus avec la quinine; on le renvoit pour quelques jours.

Aucun autre traitement ne fut ordonné que trois légers purgatifs pendant le cours du traitement.

CXXII.

Choroïdo-irido-kératite et staphylômes antérieurs de la sclérotique. — Traitement par des paracentèses et l'iridectomie. — Guérison.

Jean M..., peintre en bâtiment, 50 ans, de Savigliano, entre le 12 juin à l'hôpital ophthalmique. D'un tempérament sanguin-bilieux, fort robuste, il n'a eu d'autre maladie qu'un œdème

général pendant trois mois à la suite de fièvres intermittentes; il jouit depuis lors d'une bonne santé, bien que la défécation fût difficile. Aux premiers jours d'avril de cette année il a commencé à ressentir dans l'œil droit des douleurs qui bientôt augmentèrent, s'étendant aux tempes et aux sourcils, et qui par moments devenaient insupportables. Il y avait injection et larmoiement; il a été saigné quelquefois et a pris des pilules de calomel sans heureux résultat.

Etat actuel. — Sensation de tension très forte de l'œil avec douleurs endo et péri-orbitaires; globe oculaire très dur. Il existe une ectasie très prononcée de la sclérotique, de la largeur de 4 ou 6 millimètres, entre les muscles droits supérieur et externe. Autour de la cornée toute la sclérotique paraît plus bombée en avant; injection sous-conjonctivale très forte, avec chémosis séro-phlegmoneux péri-cornéal; suffusion de la cornée, qui est finement ponctuée avec obscurcissement de la chambre antérieure. Douleurs péri-orbitaires. On ne peut voir l'iris. Cécité complète.

Traitement et marche de la maladie. 12 *et* 13 *juin.* — Calomel à l'intérieur. Instillations d'atropine; applications fraîches sur l'œil.

14. — Aucune amélioration, paracentèse (quatre évacuations); l'humeur aqueuse est trouble, très abondante; la reproduction n'est pas très prompte. De suite après la première évacuation les douleurs se sont calmées et la chambre antérieure, éclaircie, laisse voir assez bien l'iris pour reconnaître que la pupille est fermée. Le chémosis disparut sous nos yeux pendant les évacuations.

15. — Les douleurs ont disparu, la chambre antérieure est plus claire, l'œil moins dur, l'injection moins forte; le malade a la perception de la lumière.

17. — La perception de la lumière augmente un peu; les ectasies paraissent diminuer.

21. — L'injection a presque cessé, les douleurs n'ont pas reparu, la cornée est toujours nébuleuse, pointillée; comme il y a synéchie postérieure et synixèsis, on fait l'iridectomie du côté interne. L'iris était friable et se déchirait; la pupille artificielle est belle, de 3 millimètres de diamètres à peu près; pas de réaction.

23. — Amélioration prononcée, surtout pour la cornée, qui est devenue presque complètement limpide; paracentèse (trois évacuations); reproduction prompte de l'humeur aqueuse limpide.

24. — Le cercle staphylomateux péri-cornéal s'affaisse sensiblement et la dureté de l'œil est normale.

Il sort le 24 et revient à la consultation le 8 juillet; il ne reste aucune trace de staphylômes, sauf un aspect bleuâtre plus prononcé. La cornée est limpide, l'iris adhère postérieurement et sa couleur indique bien qu'il a été violemment enflammé; il y a pseudo-cataracte centrale qui n'envahit pas la nouvelle pupille.

15 *juillet.* — Toute trace des staphylômes a disparu. Il y a un peu d'injection péri-cornéale. Paracentèse.

A la date de ce jour (9 août) la guérison se soutient. La vue est bonne; l'autre œil qui, à sa première entrée à l'hôpital, éprouvait depuis quelques jours des douleurs assez fortes, n'a plus souffert depuis la première paracentèse.

Aucun autre traitement ne fut prescrit, sauf quelques purgatifs légers. Le malade ne fut mis à la diète et ne garda le lit que pendant les deux premiers jours et celui où l'on pratiqua l'iridectomie. Quelques applications froides étaient faites quelques heures après les paracentèses.

ARTICLE DOUZIÈME

Accidents consécutifs aux opérations, etc. — Evacuations comme moyen préventif et curatif de ces accidents.

Ce que nous avons vu jusqu'ici quant à l'action des évacuations répétées de l'humeur aqueuse, et ce que nous allons dire des nombreuses petites applications de ce procédé dans les accidents qui suivent les opérations faites à l'intérieur de l'œil, fera suffisamment comprendre comment j'ai été conduit à leur emploi jusqu'aux dernières périodes de cette longue série d'accidents consécutifs au traumatisme interne, jusqu'à l'irido-choroïdite aiguë avec épanchement plastique, ou purulent, dont la fusion du globe oculaire est presque la seule terminaison. Parmi ces petites applications il y en a quelques unes qui n'offriront peut-être rien de nouveau que la vaste échelle sur laquelle elles ont été employées; toutes ont leur importance, et prouvent non seulement l'innocuité de ce moyen (1), mais aussi que désormais elles devront être énumérées parmi les moyens généraux du traitement consécutif aux opérations internes.

(1) Dans le compte-rendu total des évacuations nous n'avons pas compris cette série, peut-être la plus nombreuse, de l'application de ces évacuations. Elles ont un rapport trop direct avec l'opération principale elle-même, et elles auraient inutilement compliqué une statistique dans laquelle on n'aurait pu faire la part des accidents propres à celle-ci. Il suffira de voir ce qui suit pour remarquer que leur moindre effet a été d'atténuer sensiblement les effets de l'inflammation; et du reste il suffira de dire que jamais rien n'a pu faire apercevoir que l'évacuation fut en rien nuisible.

On ne peut pas toujours, dans les opérations d'iridectomie, éviter l'hémorrhagie dans la chambre antérieure: ce n'est pas ici le cas d'en énumérer les causes. Cet accident peut également s'observer dans les opérations de cataractes (scléroticonixis, extraction linéaire, même extraction à lambeau). Il est précepte de faire sortir le sang, autant qu'il est possible, mais on ne peut toujours obtenir ce résultat sans faire sur l'œil des manœuvres qui ne sont pas toujours innocentes. Le sang peut se coaguler du reste assez promptement. Et même quelquefois, dans des yeux affectés d'iritis ou d'irido-choroïdites anciennes, quand les vaisseaux sont altérés dans leur texture, l'hémorrhagie se renouvelle à plusieurs reprises.

Dans de telles circonstances, après avoir essayé d'évacuer le sang, j'attends la reproduction de l'humeur aqueuse, et avant d'envoyer le malade au lit, j'en fais trois, quatre fois, et même bien plus, l'évacuation. L'humeur aqueuse emporte ainsi le sang qu'elle a delayé en totalité ou en partie. Plusieurs fois encore dans la journée on répète le même pansement. On obtient ainsi une absorption excessivement rapide de caillots sanguins remplissant même complètement la chambre antérieure. Quelques Observations sont surtout du plus grand intérêt par la rapidité avec laquelle cette absorption eut lieu. C'est à dessein que ce mot *absorption* est employé, car dans l'intervalle de peu d'heures qui suit ces évacuations coup sur coup d'une humeur aqueuse qui n'est même pas toujours sensiblement teinte en rouge, on voit souvent disparaître d'énormes collections de sang qui cachaient complètement l'iris. L'injection, la douleur consécutive à l'opération qui persistent plus violentes qu'à l'ordinaire, disparaissent en même temps sans le secours d'autre moyen que le pansement ordinaire (applications de compresses glacées, d'atropine après les opérations de cataracte, une saignée dans les

cas les plus graves). Du reste, c'est là le meilleur moyen d'arrêter la reproduction de l'hémorrhagie. Dans une seule circonstance l'hémorrhagie se produisit pendant huit jours consécutifs; la choroïdo-iritis avec altérations très graves disparut chez ce pauvre mineur. Ce fait est de plus grand intérêt pour le parti que l'on tira de ces évacuations qui rendirent profitable une pupille dont l'opération aurait été, sans ce moyen, suivie d'un triste résultat.

Nous devons faire une observation remarquable, c'est que dans le dépouillement des Observations où cet accident a été ainsi combattu, on ne trouve aucun insuccès, aucune inflammation grave consécutive à ces opérations; cependant l'hémorrhagie consécutive et persistante prouve en quelque sorte déjà les circonstances défavorables dans lesquelles elles ont été pratiquées.

Quelques autres Observations, que nous retrouvons dans ce travail, indiquent bien au reste le parti que l'on peut tirer de ce simple moyen qui, au prime abord, parait irrationel. On diminue, il est vrai, la tension du bulbe, et on favorise la rupture des vaisseaux désorganisés qui se rompent facilement dans les tiraillements que subit l'iris par le fait seul de sa propulsion en avant lorsqu'elle a contracté des adhérences; mais aussi l'hypohèma n'est pas grave par lui-même lorsqu'on a soin de combattre la congestion oculaire par les évacuations répétées et il disparaît de lui-même lorsque la cause en a été éloignée et vaincue. La reproduction diminuant graduellement en proportion de la disparition du sang, des symptômes de la congestion iridienne ou irido-choroïdienne, donne la clef de cette action des évacuations.

Il est bien rare, du reste, que je ne fasse pas sortir deux ou trois fois l'humeur aqueuse, avant de renvoyer dans les infirmeries les malades opérés de pupille artificielle ou de la cataracte par extraction linéaire. Dans

cette dernière opération surtout, ces évacuations sont appliquées plus généralement et d'une façon plus continue; on peut surtout alors en juger l'effet.

Que la cataracte soit molle, ou qu'elle soit demi-molle, je fais toujours d'abord la discission par la sclérotique, et après avoir broyé le plus possible le cristallin, j'en pousse, avec l'aiguille, les fragments dans la chambre antérieure.

Ordinairement il est possible ainsi de faire passer dans la chambre antérieure la plus grande partie des fragments. La partie la plus molle, tenue en suspension dans l'humeur aqueuse sort avec elle dès que l'on a fait une incision linéaire à la cornée. Ce second temps est pratiqué dans la même séance. Pour les morceaux plus durs, pour les fragments de noyau ou de capsule qui restent, ils sont extraits avec la curette. On attend quelquefois la reproduction de l'humeur aqueuse pour pouvoir plus facilement entrer dans la chambre antérieure; les fragments, qui restent dans la chambre postérieure, sont livrés à l'absorption. Cette méthode a un double avantage: de pouvoir étendre l'application de l'extraction linéaire à presque toutes les cataractes de l'âge moyen, et aussi de pouvoir extraire une plus grande partie de l'opacité. Il est assez rare d'avoir à craindre la sortie de plus de quelques gouttes d'humeur vitrée, ce qui est plutôt un avantage qu'un accident à redouter.

Lorsqu'il est resté quelque fragment en arrière de la pupille, ou derrière son bord; lorsque la pupille est encore un peu encombrée; en un mot, en proportion de la quantité de cristallin qui est restée dans l'œil, en proportion de la durée des manœuvres, et surtout de l'état de congestion oculaire que l'on soupçonne et de la réaction qu'on a lieu de redouter, l'évacuation de l'humeur aqueuse est répétée de suite après l'opération, une, deux, trois fois. Le soir, le lendemain, on la répète encore, surtout si l'œil n'est pas complètement indolent. Jamais aucun accident fâcheux ne m'a fait repentir de cette

application, et même dans les époques de l'année où les opérations sont moins souvent suivies de succès, où le phlegmon oculaire consécutif aux opérations sur les yeux parait régner d'une façon presque épidémique, les succès ont toujours paru plus nombreux dans la classe des opérés où ce pansement de précaution avait été employé. L'iridectomie préventive ou faite dans le temps même de l'opération, est aussi un excellent moyen de prévenir la réaction; les évacuations, dont nous avons souvent vu plus haut les effets presque identiques à ceux de l'excision de l'iris dans les affections de la circulation interne, agissent dans le même sens.

Au reste, le pansement n'est jamais changé: applications très fréquemment renouvelées de compresses glacées et instillations d'atropine surtout de suite après l'évacuation, l'action de l'atropine étant alors plus prononcée. C'est là en grande partie le secret de l'absorption plus rapide du cristallin qui peut bien sortir en partie dissous dans l'humeur aqueuse, mais qui probablement est absorbé dans l'œil lui-même: car, à moins d'inflammation de l'œil, cas dans lequel l'absorption n'a jamais lieu, l'humeur aqueuse sort presque toujours assez limpide. Le fait de l'absorption du cristallin broyé rendue plus rapide par les évacuations, est trop constaté pour qu'il y ait lieu de s'étendre ici; mais ce qui suit, ce qui a été observé à la clinique semble prouver que c'est surtout en prévenant les désordres de la circulation provoqués par la présence de corps étrangers, que ces évacuations agissent. L'évacuation de l'humeur aqueuse active et régularise cette circulation, mais on a peut-être trop exagéré cette action, autant que nous avons pu voir à la clinique, lorsque l'œil n'est nullement enflammé. Peut-être aussi n'a-t-on pas assez fait attention à cet état irritatif qui arrête ordinairement tout travail d'absorption, ou au moins le rend très lent. Cette action est prouvée par quelques faits d'une manière

incontestable, mais on en a peut-être méconnu la véritable signification. Evitez la congestion, empêchez les désordres de la circulation en l'activant, et l'absorption ne laisse rien à désirer quant à sa rapidité.

C'est ce que prouvent bien la rougeur, le léger chémosis péri-cornéal et conjonctival qui accompagnent toujours une absorption lente. Quelques évacuations, ou d'autres moyens font disparaître ce signe de désordre de la circulation interne, et l'absorption devient dès lors très rapide.

Ce que nous venons de dire suffit pour faire apprécier la valeur de ce pansement fait dans le but d'éviter les accidents consécutifs aux opérations d'iridectomie ou de cataracte, et particulièrement à en démontrer la constante innocuité. Mais sa valeur n'est pas limitée à cette action préventive. Nous savons combien sont fréquentes les iritis à la suite des opérations de cataracte dans lesquelles le cristallin n'a pu être extrait en entier. Laissant à part, pour le moment, la réaction plus ou moins immédiate qui paraît appartenir plus en propre au traumatisme, étudions-en d'abord l'application aux accidents qui accompagnent l'absorption.

Nous trouverons proportionnellement un petit nombre d'Observations de ce genre appartenant à la classe des extractions à lambeau. La méthode exclusivement employée par moi depuis 1857 peut en expliquer la raison. On sait que j'ai supprimé complètement le deuxième temps de l'opération (1). La cataracte est extraite sans inciser la capsule, et il est rare que le cristallin ne sorte pas intact avec sa membrane d'enveloppe, laissant ainsi la pupille complètement libre : j'éloigne ainsi toute cause d'irritation oculaire due à la présence d'un corps devenu étranger à l'économie et qui peut produire iritis, synixèse.

(1) D'une simplification dans l'opération de la cataracte par extraction. — Note publiée dans le compte-rendu du congrès d'ophthalmologie de Bruxelles, qui a eu lieu en septembre 1857.

épanchements, pseudo-cataracte, etc..... Lorsqu'une portion toujours minime, du reste, de la cristalloïde ne sort pas, elle provoque rarement ces iritis lentes que l'on observe bien plus souvent à la suite des extractions linéaires, incomplètes, ou après les opérations par la sclérotique.

Quelque soit le temps qui sépare une opération de l'apparition des symptômes, même légers, de l'iritis, je ne tarde pas à faire sortir l'humeur aqueuse par la plaie elle même (toujours avec le stylet), ou par une nouvelle ponction si l'extraction n'a pas été pratiquée, ou si la plaie est déjà fermée. On verra dans les Observations que presque toujours les moyens généralement recommandés ont été employés aussi ; il serait donc inutile de dire ici que je n'agis pas d'une façon exclusive ; mais tout en appréciant leur valeur, je n'hésite pas à recourir à ce moyen local qui, alors même qu'il n'est pas employé seul, évitera, par son éfficacité plus grande que tout autre moyen, sauf peut-être l'iridectomie, l'emploi des remèdes altérants, et des évacuations sanguines dont l'abus non seulement agit d'une manière fâcheuse sur l'organisme, mais prédispose, aussi par l'appauvrissement même des forces, aux accidents qu'on a voulu combattre en les rendant même plus graves.

Ce que nous venons de dire nous évitera d'insister sur cette action des évacuations qui ne devront jamais être négligées pour peu que les moyens ordinaires n'aient pas un prompt effet. Que l'iritis s'annonce plus ou moins aigu, que la pupille tende à se fermer, qu'il y ait l'injection péri-cornéale, que l'absorption s'arrête ou se fasse lentement, les évacuations répétées ont pour effet souvent assez prompt de faire diminuer ces symptômes de désordres dans la circulation et l'innervation. On doit quelques fois insister plusieurs jours, faire deux ou trois évacuations par jour selon l'acuité, mais ordinairement quelques jours suffisent pour arrêter les progrès du mal

dont le retour est prévenu par de légers révulsifs intestinaux.

Les symptômes disparaissent presque tous dans le même ordre. La pupille se dilate, dans les cas plus légers, presque immédiatement après la première évacuation, si on a soin de faire des instillations fréquentes d'atropine de suite après l'évacuation; elle s'elargit irrégulièrement d'abord, elle devient ronde et plus large lorsque l'absorption reprend son activité.

C'est ordinairement surtout la cessation de la douleur, comme dans l'iritis ordinaire, qui frappe d'abord et le malade et le médecin. Le type de la douleur n'apporte pas de changements à cet effet. Les types continus sont seuls peut-être les plus rebelles, et nous avons cité à dessein plusieurs Observations de douleurs franchement intermittentes, le plus souvent du soir ou nocturnes, contre lesquelles la quinine n'avait qu'une action presque nulle et que les évacuations arrêtèrent immédiatement.

Nous ne devons pas oublier un signe de la plus haute valeur et qui a trompé rarement, même lorqu'il est seul, sur le commencement d'une iritis qui bientôt se déclarera plus ou moins grave. C'est la propulsion en arrière de la pupille un peu rétrécie. L'iris présente alors la forme d'un entonnoir. Ici les évacuations, comme dans l'iritis simple, ne sont pas toujours faciles, en ce sens que l'on doit répéter à plusieurs reprises l'introduction du stylet. L'iris adhérent, retenu en arrière, ne se porte que difficilement et très incomplètement en avant, et la chambre antérieure ne peut se vider complètement. Dans ce cas la combinaison des instillations fréquentes d'atropine et du vide fait au devant de l'iris produisent l'effet que nous avons étudié à l'article *Iritis*. Il est rare, à ce degré, de ne pas obtenir le but désiré; la pupille se dilate plus ou moins vite et les autres symptômes de l'iritis ne tardent pas à diminuer.

La douleur elle-même n'est pas toujours momentanément augmentée comme dans l'iritis simple.

Mieux que ce que nous pourrions dire ici, la lecture des quelques Observations qui suivent, pourra faire comprendre les indications plus précises de ces évacuations qui, en tout cas, ne pourront être qu'utiles, et le nombre de fois qu'elles devront être répétées. Elles n'ont pas été choisies toujours parmi celles où ce moyen avait été employé exclusivement, pour en faire juger la valeur comparative et surtout pour mieux en indiquer la combinaison avec les autres moyens. Il serait trop long de les énumérer toutes; je me limiterai à répéter que les révulsifs intestinaux, les applications de sangsues ont leur part dans ces résultats, mais que le mérite des succès est bien dû aux évacuations de l'humeur aqueuse.

L'ordre dans lequel ces applications de l'évacuation de l'humeur aqueuse sont étudiées, n'est certainement pas le plus rationnel quant aux accidents eux-mêmes, et nous ne sommes revenus encore sur ces accidents légers, que pour mieux préciser le mode d'application des évacuations. Il serait inutile d'insister sur des détails que le praticien saisira de suite et que nous avons tâché de résumer dans les Observations citées. Nous y trouverons des applications des évacuations seules, ou combinées à l'iridectomie. Celle-ci a une action puissante, mais non égale à celle que l'on peut attendre de ces deux moyens combinés; nous avons étudié plus haut, et nous trouverons plus bas la preuve de la similitude d'action et du parti qu'on peut tirer de l'une et de l'autre dans les cas les plus graves d'inflammation oculaire.

On ne doit pas perdre de vue qu'il ne faut pas craindre d'agir trop tôt: la hardiesse n'a jamais été cause de repentir dans la clinique, et bien souvent elle a prévenu des accidents bien plus graves dans lesquels nous ne voyons pas toujours réussir les autres moyens.

Ces applications heureusement réussies me conduisi-

rent naturellement à les essayer dans les cas les plus graves de choroïdo-iritis consécutive aux opérations. Le genre de pansement adopté par moi (1) permet de suivre pas à pas l'évolution du phlegmon de l'œil, et il est très rare que je ne voie pas le point de départ et toutes les phases des accidents plus ou moins funestes des grandes opérations sur les yeux. Nous avons vu déjà que j'en suis arrivé aujourd'hui à faire sortir l'humeur aqueuse, même comme moyen de précaution. Quelque soit le temps écoulé depuis l'opération, si l'œil n'est pas redevenu complètement indolent, si en ouvrant l'angle interne des paupières il sort quelques larmes, l'œil est examiné, et pour peu qu'il y ait à craindre de la réaction, surtout si quelque symptôme même peu apparent en fait présumer l'apparition, le stylet est introduit par la plaie cornéale et la sortie de l'humeur aqueuse est alors presque constamment suivie de la cessation de la douleur. A ce premier degré il serait impossible de tirer des conséquences inattaquables sur la valeur de ce moyen, il serait inutile par conséquent de citer des Observations à l'appui : il suffit de dire qu'aujourd'hui ces faits ne se comptent plus. En engageant les praticiens à agir ainsi, nous savons bien qu'ils seront frappés de cette action qui nous a mis sur la voie d'applications plus étendues.

Dès que l'apparition d'un chémosis même léger, d'un peu de boursouflement du bord libre de la paupière supérieure, d'un peu de trouble de la chambre antérieure, *accompagnés ou non* de douleurs plus ou moins fortes, indiquent l'origine de cette grave phlegmasie qui à

(1) Le pansement est le même pour toutes les opérations à l'intérieur de l'œil. Trois ou quatre petites bandelettes de taffetas d'Angleterre placées perpendiculairement à l'ouverture palpébrale, de façon à laisser libre l'angle interne que l'on peut ouvrir pour faire sortir les larmes ; de petites compresses à peine humectées et refroidies sur la glace, et très fréquemment répétées ; repos au lit. Les bandelettes toujours humectées retiennent assez les paupières, mais peuvent facilement être écartées pour examiner l'œil.

l'état aigu conduit presque fatalement à la fusion du globe oculaire, il n'y a pas à hésiter. Et pour qui connaît cette terrible conséquence du traumatisme, que la plupart des auteurs paraissent n'avoir pas eu le courage d'envisager dans leurs écrits, les faits qui suivent devront avoir un grand intérêt.

On doit agir immédiatement, disions-nous. Malheureusement cet accident n'est annoncé souvent par aucun symptôme antécédent. Son apparition soudaine, ordinairement au milieu de la nuit, et la rapidité de son évolution en peu d'heures, mettent souvent le chirurgien en face d'un phlegmon qu'on pourrait appeler d'emblée: boursouflement prononcé des paupières, chémosis péri-cornéal plus ou moins étendu, mais non toujours en rapport avec la gravité de l'inflammation, chambre antérieure déjà presque entièrement troublée ou présentant un cercle blanc plus prononcé vers la périphérie de l'iris, pupille presque cachée, quelquefois déjà sécrétion muqueuse plus ou moins abondante de la conjonctive, quelquefois aussi déjà de la suppuration du bord incisé et soulèvement de la cornée. Tel est l'ensemble désespérant de symptômes contres lesquels le praticien reste presque désarmé, et dont l'ordre d'évolution et le degré peuvent varier selon les circonstances ou selon l'opération employée, mais qui annoncent toujours une issue funeste.

Les évacuations de l'humeur aqueuse ne sont pas toujours assez puissantes pour arrêter le mal, même lorsqu'on les combine avec l'incision de l'iris et avec le traitement antiphlogistique le plus énergique; mais on est frappé, en lisant les Observations même complètement malheureuses, de voir la marche lente que prend la maladie. Depuis que nous évacuons 4 à 5 fois par jour l'humeur aqueuse, nous ne voyons plus ces phlegmons arrivant en un jour, en moins de temps même à la fusion complète de la cornée, à la fusion purulente du

globe. Cette conservation de la cornée pendant plusieurs jours, lorsque l'inflammation s'est propagée aux parties plus profondes, a envahi toute la choroïde, ou même a passé déjà à la suppuration interne qui est bien plus tardive aussi, prouve évidemment l'action puissante de ce moyen.

A moins que l'œil n'ait été largement ouvert avec le scalpel (et ce n'est guère qu'aux dernières extrémités et à contre cœur que le chirurgien se décidera à s'ôter lui-même tout espoir), on voit souvent entrer en scène un autre phénomène grave: je veux parler de l'exorbitisme inflammatoire, de la diffusion de l'inflammation au tissu cellulaire rétro-oculaire. Le chémosis péri-cornéal, étendu alors souvent à toute la conjonctive oculaire, le boursouflement des paupières se joignant à cette propulsion du globe fortement tendu en avant, donnent à l'œil un aspect effrayant.

Nous pouvons appliquer ici ce que nous avons dit, dans les généralités, quant à l'exorbitisme consécutif aux congestions internes. La propulsion du globe en avant a une signification identique au chémosis séreux péricornéal; l'un et l'autre sont ici l'effet de l'arrêt du sang, des désordres graves dans la circulation des vaisseaux d'émergence de la choroïde: chémosis, conjonctivite et blépharite, étranglement cornéal pour les vaisseaux émergents antérieurs: œdème cellulaire, congestion veineuse retro-oculaire, phlegmon cellulaire pour les vaisseaux émergents de l'équateur du bulbe. Pour l'un et l'autre cas, que l'affection se déclare plus en avant dans l'iris ou plus en arrière dans la choroïde: même épanchement plus ou moins prompt de lymphe plastique, même altération plus ou moins prompte de la cornée dont la vie est si intimement liée à l'état de l'humeur aqueuse; il n'y a de varié que l'acuité des symptômes et leur ordre d'apparition et d'évolution.

Non seulement la justesse des vues que nous avons

esquissées est rendue plus évidente par les modifications qu'impriment à l'affection ces moyens les plus énergiques qui soient connus, mais aussi ces modifications permettront de tracer jusqu'à un certain point les limites d'action des évacuations.

Plus encore que pour le chémosis, les évacuations ont presque toujours pour effet de retarder au moins l'exorbitisme et le phlegmon aigu du bulbe. Celui-ci est très rare quand on a employé les paracentèses seules ou unies à l'iridectomie. Lors même que l'affection arrive a ses dernières limites, elles le fait dès lors d'une manière bien plus lente.

Le boursouflement palpébral, la douleur, le chémosis ne sont pas toujours des signes les plus défavorables; la guérison complète peut bien s'obtenir quelquefois malgré leur évolution au plus haut degré. Il n'est pas rare même de voir les cas rebelles s'annoncer et arriver aux périodes fatales avec une minime gravité apparente de ces symptômes; c'est ce qu'on observe surtout chez les individus affaiblis; lorsque le ramollissement cornéal est alors tout autant dû à l'appauvrissement du sang, qu'à l'acuité de l'irido-choroïdite dont l'existence primitive est cependant prouvée par la préexistence de l'épanchement plastique dans la chambre antérieure. On doit ajouter même que le chémosis paraît quelquefois augmenter du côté des lieux choisis pour l'introduction du stylet; il prend là un aspect plus rouge, il forme un bourrelet arrondi qui peut rendre l'introduction un peu difficile et indiquer une ponction dans un autre point de la périphérie de la cornée. Ce bourrelet ne paraît pourtant pas complètement en rapport avec l'introduction même du stylet, il paraît plutôt correspondre à l'incision cornéale faite pour l'opération et au froissement de l'iris pendant l'opération de cataracte elle-même. Le chémosis, en général, rend assez souvent difficile de trouver une petite ouverture, sans faire souffrir un

peu le malade, dont l'œil est alors très sensible. Souvent, cependant, le malade réclame lui-même ces évacuations dont l'effet presque constant est de faire diminuer les douleurs.

La sécrétion blanche de la conjonctive (je ne parle pas de la simple conjonctivite catarrhale des paupières elles-mêmes, qui peut être l'effet des applications glacées), qui accompagne ces autres signes de l'irido-choroïdite, est une complication qui paraît rendre plus grave le pronostic. Elle précède ordinairement de bien peu l'exfoliation de la cornée dans les points correspondants à son incision. Nous verrons qu'à cette sécrétion s'unissent de petits détritus qui viennent directement de la chambre antérieure; quelle que soit leur provenance, leur présence est du plus fâcheux effet sur la cornée, dont on voit bientôt au mycroscope les éléments mêlés à l'epithelium déformé, à des globules de pus et à des noyaux nucléolés. Il à paru utile d'irriguer souvent l'œil, d'instiller quelques gouttes de collyre au chlorure de sodium. Cependant, si cette sécrétion n'est pas très abondante, elle ne doit pas encore faire prononcer un pronostic certainement fatal; bien des yeux arrivés à ce point ont pu récupérer la vue.

L'exorbitisme bien déclaré est beaucoup plus grave. Lorsqu'il est prononcé, lorsqu'on peut bien le constater sans prendre le change avec une propulsion en avant des paupières par un fort chémosis, il correspond toujours à un commencement de suppuration profonde. On peut, en continuant les évacuations, diminuer la rapidité et l'acuité de l'affection, éviter un phlegmon douloureux, sauver pour quelque temps en tout ou en partie la cornée, mais non empêcher l'atrophie complète du bulbe. Le phlegmon a envahi l'œil dans toute sa face profonde, et déjà il a passé à son issue la plus funeste.

N'ayant nullement l'intention de décrire ici l'évolution du phlegmon, nous avons étudiés tous ces symptômes

sans indiquer leur nuances dans les divers degrés de l'affection et sans insister sur ceux qui appartiennent plus en propre à chaque espèce d'opération. Aucune opération interne n'en est exempte; l'ordre, la rapidité d'évolution, la gravité plus prononcée de l'une ou de l'autre peuvent seuls varier. La durée elle-même ne pourrait en être appréciée. Ce n'est qu'en comparant les faits ainsi traités avec ceux que chaque praticien aura observé que ces vues pourront être appréciées dans leurs détails.

Nous avons préféré assombrir le tableau pour bien prévenir contre une appréciation trop favorable de la valeur de ce moyen, qui ne peut agir que s'il est appliqué à temps et duquel on ne pourrait exiger toujours une action décisive pour un mal considéré jusqu'ici comme fatal. Ce qui suit démontrera qu'on peut souvent arrêter le phlegmon de l'œil en même temps qu'on peut assister aux phénomènes de la marche, de la durée de la maladie et de l'absorption des exsudats dans la chambre antérieure.

L'épanchement plastique dans la chambre antérieure se fait ordinairement, comme on le sait, avec la plus grande rapidité; au bout d'un jour, de quelques heures même, dans les cas les plus graves, l'iris et la pupille sont cachées par la sécrétion morbide. Quelques fois la lymphe plastique vient de derrière l'iris, on la voit pénétrer dans la chambre antérieure. Si l'on fait alors l'évacuation de l'humeur, et surtout si on excise l'iris, ce fait devient plus apparent encore ; par la pupille même, ou derrière la portion excisée de l'iris, on aperçoit les petits caillots de cette lymphe concréfiée se présenter en plus grande abondance et pénétrer dans la chambre antérieure. Et nous devons le dire, à moins que l'affection ne marche pas avec une grande rapidité, cette circonstance est ordinairement fâcheuse; ces moyens retardent presque toujours beaucoup l'issue

fatale et la rendent moins douloureuse, mais il est très rare, quoique non impossible encore, d'arrêter le mal au point d'obtenir plus tard un succès complet.

Lorsque l'exsudat se dépose en plus grande abondance sur la périphérie de l'iris et sur la marge pupillaire, de façon à former une ou deux couronnes concentriques de couleur blanchâtre, on voit souvent la sécrétion mucopuriforme se présenter plus rapidement. Comme nous l'avons dit, c'est là une complication, ou mieux une concomitance fâcheuse pour la conservation de la cornée, qui s'exfolie plus rapidement, mais ce n'est pas un signe qui doive faire désespérer du succès. Rarement on arrête le mal à ce point; quelque soit le soin que l'on ait de pratiquer immédiatement les évacuations seules ou unies à l'iridectomie, la chambre antérieure se remplit presque toujours complètement. Ce dernier fait, quand il est seul, n'est pas d'un très fâcheux augure, surtout quand l'exsudat prend une couleur plus foncée, même quand l'iris et la pupille sont complètement voilées.

Si l'exsudat ne se forme pas avec une très grande rapidité (en peu d'heures), si la chambre antérieure ou la pupille ne sont obscurcies que par quelques caillots de couleur sombre, brune ou un peu rougeâtre, il y a très grand espoir de sauver entièrement l'œil. Le chémosis n'est pas non plus un signe des plus graves. Lors même que la sécrétion conjonctivale se présenterait, que la chambre antérieure serait remplie, il ne faut pas désespérer. Alors les évacuations, l'iridectomie même seule, peuvent arrêter encore souvent la marche de la maladie.

Nous avons parlé souvent déjà de l'application de l'iridectomie, faite, je crois, déjà depuis longtemps par M. de Graefe en pareils cas. Son action ne peut être contestée. Elle agit probablement non-seulement comme moyen d'empêcher les tiraillements exercés sur l'iris par l'exsudation, mais aussi comme moyen de régulari-

ser la circulation. Nous devons dire aussi, en passant, que l'iridectomie pratiquée avant l'opération de la cataracte, comme le conseille M. Moore, ou pendant l'opération même, nous ont donné des résultats bien satisfaisants; nous trouvons encore là une analogie de plus avec les évacuations de l'humeur aqueuse, que nous verrons, dans le chapitre suivant, avoir jusqu'ici prévenu toujours des accidents fatalement irréparables, quelle que fut la prédisposition aux réactions, lorsqu'elles avaient été répétées souvent avant l'opération. Mais certainement l'iridectomie seule réussit rarement à arrêter definitivement la marche de l'inflammation, sauf dans quelques cas moins aïgus et plus éloignés du temps où l'opération a été faite. L'iridectomie n'obtient souvent qu'un temps d'arrêt que les évacuations peuvent bien souvent rendre d'autant plus complet, que l'action de l'iridectomie a été plus marquée.

Que l'on fasse les évacuations ou l'iridectomie au début de l'affection on voit presque toujours, au moment même de la sortie de l'humeur aqueuse, diminuer le chémosis, quelle qu'en soit la forme. L'humeur aqueuse est toujours déjà très trouble, presque gluante, coulant même à gouttes un peu blanches sur les joues. La quantité de l'humeur est un signe assez sûr, dans les commencements surtout, du degré de gravité auquel est arrivée la maladie. Lorsqu'on est obligé d'introduire à plusieurs reprises le stylet pour en faire sortir quelques gouttes, l'iris est déjà certainement entravé dans ses mouvements par les exudats antérieurs et postérieurs; ce fait dénote la coagulabilité plus prompte de l'exsudat et indique un degré plus aigu, plus redoutable de l'inflammation. Lorsque cette sortie plus abondante et plus facile de l'humeur aqueuse correspond à un aspect plus lié, moins opaque, moins filamenté de l'humeur qui sort, le pronostic n'est pas toujours aussi grave. Si on voit sortir, au lieu de l'humeur aqueuse, un liquide très abondant, se reproduisant assez

rapidement et prenant, au moment où il sort, un aspect filamenteux blanchâtre en tout semblable à l'exsudation muqueuse abondante de la conjonctive, le pronostic est plus grave. De nombreux éléments déformés de la cornée et de l'epithelium, produits de l'altération de la cornée, font voir déjà que les cas de ce genre sont des plus graves et qu'à ce degré bien prononcé on devra moins compter sur un résultat heureux.

Lorsque l'affection doit s'arrêter et marcher définitivement dans une voie heureuse, c'est ordinairement dans les vingt-quatre heures que les progrès de la maladie sont arrêtés. Depuis ce moment l'affection semble rester stationnaire trois, quatre et même sept ou huit jours; ensuite les symptômes externes diminuent progressivement: chémosis, injection, sécrétion surtout qui devient plus gluante et se rapprochant davantage de la simple sécrétion catharrhale. Peu à peu on voit survenir des changements interessants dans l'aspect de l'exsudat de la chambre antérieure.

Dans quelques cas rares, surtout lorsque l'accident s'est déclaré à une époque éloignée de l'opération ou si l'absorption se fait de suite, tout cet exsudat paraît s'absorber également partout, un peu plus rapidement cependant dans les points correspondant à la pupille: sept ou huit jours suffisent quelquefois pour en faire disparaître les traces. En général l'absorption procède plus lentement et d'une façon un peu différente.

L'exsudat prend d'abord un aspect plus foncé: l'humeur aqueuse, dont on ne faisait sortir que quelques gouttes en introduisant le stylet profondément dans le caillot quelquefois devenu si dense vers l'ouverture déjà pratiquée que l'on avait dû faire d'autres ponctions dans un point plus éloigné, commence à sortir en plus grande abondance. Le caillot prend un aspect moins dense, plus raréfié, et enfin diminue de la périphérie au centre. A cette période l'amélioration parait

progresser un peu plus rapidement: on commence à apercevoir la périphérie de l'iris, et peu à peu cette couronne d'iris, devenue visible, augmente jusqu'à ce qu'enfin il ne reste plus qu'un exsudat cylindrique, qui touche en avant la cornée et en arrière se confond avec la pupille, qu'on n'aperçoit pas encore. Le cylindre diminue et disparaît enfin laissant la pupille libre.

Lorsque l'iris présente de graves altérations dans sa couleur et sa texture, lorsque l'absorption n'a pas suivie le cours régulier que nous venons d'indiquer, surtout lorsque la cornée a subi des altérations dans la première période, il reste une atrésie de la pupille que l'iridectomie seule peut vaincre et quelquesfois des synéchies antérieures qui effacent plus ou moins la chambre antérieure; dans ces cas il est bon de ne pas tarder à couper l'iris pour rétablir la communication des deux chambres. La friabilité de l'iris, la difficulté de l'opération elle-même ne permettent pas ordinairement de couper une portion suffisante de cette membrane, mais on évite l'atrophie lente qui peut venir quelquefois détruire un succès que l'on pouvait croire assuré. Sous ce dernier rapport aussi, il est utile de faire l'iridectomie dès le début de l'affection.

Cette période d'absorption varie de huit à quinze ou vingt jours à peu près. Lorsqu'elle se fait naturellement avec un rapidité constante, on peut suspendre les évacuations, pour les reprendre s'il est lieu d'en accélérer la marche. Dès que la période aiguë est arrêtée, et surtout si la période de décroissance s'est déclarée, le malade ne devra plus être tenu au lit; on fait quelques applications glacées après les évacuations, qui ne doivent pas être répétées quatre, cinq, six fois et plus par jour comme pendant l'acuité de l'inflammation, mais devront être réduites à deux, puis à une par jour. Les soustractions sanguines ne devront être employées également que dans le commencement et lors-

qu'il y a des signes de pléthore; on peut se borner aux révulsifs intestinaux violents dans les premiers jours, à quelques purgatifs et quelques résolutifs ensuite. Les seules évacuations ont pu vaincre, il est vrai, une affection fatale, mais le chirurgien ne peut pas renoncer aux moyens que la science a sanctionnés; il ne doit point oublier non plus que leur abus peut être fatal, non seulement pour l'organisme, mais aussi pour l'œil lui-même dont l'organisation est si intimement liée à l'état de santé général et à la conservation des forces.

En esquissant à grands traits les principales périodes de la choroïdo-iritis-exsudative, que nous pouvons dire cause presque unique du phlegmon oculaire, nous n'avons eu d'autre but que de faire saillir les points principaux de mode d'action de ces évacuations et le parti que l'on peut en tirer même dans les cas les plus graves. Plusieurs détails non moins importants sont énoncés dans les Observations et dont plusieurs ont été transcrites minutieusement telles qu'elles ont été prises jour par jour pour mieux faire saisir les nuances de ces modifications imprimées à la marche du phlegmon par ce traitement énergique. C'est presqu'une marche nouvelle imprimée à l'affection, qui, soignée par les moyens ordinaires, parcourt si rapidement ses périodes; en l'arrêtant ainsi à temps, en l'entravant seulement ou en la retardant dans son évolution, on voit s'en dessiner bien mieux la cause: irido-choroïdite, choroïdo-iritis.

Ces Observations ont été choisies parmi les plus interessantes. La marche décroissante n'a été envisagée précédemment que pour les cas où la maladie était arrivée au dernier degré de curabilité; il n'est pas besoin de dire que cette période de réparation devra présenter bien des variétés si on a le bonheur de pouvoir arrêter plus tôt l'affection; et les Observations qui suivent nous en fourniront des exemples.

Nous devons avouer, avant de terminer, qu'il nous

est arrivé par moments de douter de cette efficacité. Dans certaines époques, dans certains états de l'athmosphère, et surtout lorsque les hypopyons se présentaient en plus grand nombre à l'hôpital et au dispensaire ophthalmologique. on ne pouvait arrêter que peu de phlegmons. Il y avait là une espèce de fatalité désespérante; mais la marche toujours bien plus lente imprimée à l'affection. qui ne passait jamais à l'état très aigu, comme on le voyait dans d'autres faits où les moyens le plus énergiques recommandés ne l'empêchaient pas d'arriver en peu d'heures au terme fatal, venait encore prouver, à défaut de guérison, au moins la justesse de l'application. Des séries de succès heureux, souvent beaucoup plus nombreux que les insuccès dans les cas les plus graves et dans les formes les plus aiguës, m'en procuraient bien ensuite l'efficacité et la valeur.

Une statistique des succès et insuccès ne serait d'aucune portée. On ne peut, l'avons-nous dit déjà, juger dès l'abord qu'imparfaitement le degré de gravité du phlegmon, commençant surtout lorsqu'on en enraye et qu'on en modifie ainsi la marche. On ne pourrait, pour une maladie qui a été souvent décrite dans ses formes diverses, mais peut-être jamais d'après sa cause presque unique, tracer des limites et des points de comparaison, si nécessaires pour une statistique (1).

Nous aurions dû aussi ajouter plusieurs autres applications, qui n'ont été négligées que dans ce petit sommaire; nous verrons dans les Observations le parti déjà connu que l'on a tiré des ponctions lorsque l'iris est procident ou que la cornée se soulève après l'opération; que cette évacuation de l'humeur aqueuse soit répétée ou rendue continuelle par l'incision, la cautérisation de l'iris, elle a, à mon avis. la plus grande part dans le résultat obtenu.

(1) Dans les quatre dernières années le nombre des opérés de cataracte fut de 319. parmi lesquels nous comptons 28 insuccès.

OBSERVATIONS

CXXIII.

Extraction à lambeau. — Iritis aiguë à deux reprises. Evacuations — Guérison.

Etienne A., âgé de 52 ans, de Monbercelli, fut opéré le 25 mai 1861 de cataracte dure dans l'œil gauche par extraction supérieure externe. Le cristallin fut extrait enveloppé de sa capsule.

Tout alla pour le mieux jusqu'au 9 juin; la pupille était parfaitement ronde. Iritis d'abord légère. On fit prendre quelques pilules d'aloès et calomel, instillations d'atropine. L'iritis marcha lentement jusqu'au 11. Il y a un peu d'épanchement plastique dans la pupille, qui est plus resserrée; paracentèse pendant trois jours, cessation des douleurs et retour complet de la vue.

20. — Nouvelle iritis et nouvel épanchement plastique. Douleurs assez fortes vers le soir. Quinine, sans résultat pendant deux jours. Paracentèse deux fois par jour jusqu'au 25; les douleurs cessent, la pupille se dilate, mais il y a encore un peu d'opacité pupillaire non résorbée.

Affecté de diarrhée depuis une dizaine de jours, il sort le 5 juillet, il prendra des forces chez lui.

CXXIV.

Iridectomie. — Irido-choroïdite. — Evacuations. Guérison.

Catherine M., âgée de 26 ans, de Rosano, entra le 2 avril 1861.

Leucoma vastes internes avec synixèse, synéchie antérieure dans les deux yeux. Suite d'irido-choroïdite syphilitique. Elle sort du syphilicome, où elle fut guérie de syphilis cutanée.

2 *avril.* — Iridectomie dans les deux yeux ; il y a hémorrhagie grave de la chambre antérieure, qui dura près d'une demi-heure. On évacua huit fois l'humeur aqueuse dans la journée de l'opération. Le soir le sang avait complètement disparu.

4 — Un peu d'injection péri-cornéale. Purgatifs, scarifications palpébrales.

5 — Douleur péri-orbitaire pendant la nuit du côté gauche, chémosis léger péri-cornéal, chambre antérieure un peu trouble. Larmoiement abondant. Paracentèse trois fois dans la journée; à la première évacuation, humeur aqueuse un peu jaunâtre. L'évacuation fut répétée deux fois; le lendemain tous ces symptômes disparurent. Succès complet dans les deux yeux. Elle sort le 13.

CXXV.

Iritis à la suite d'opération de cataracte secondaire. Evacuations. — Succès.

Lucie P., âgé de 18 ans, de Vigliano d'Asti.

Cataracte secondaire avec synixèse dans l'œil gauche.

Elle a été opérée de cataracte, le 14 octobre 1860, dans un autre hôpital; on l'y a opérée deux autres fois, probablement pour cataracte secondaire.

Elle entre le 20 juin 1861.

Elle est opérée le 22 à l'aiguille par la sclérotique. Tout le pseudo-cataracte est détaché de ses adhérences; pas de réaction.

1.er *juillet.* — Iritis avec accès le soir. Elle a ses règles.

4. — Les règles ont cessé; pas d'amélioration; la douleur est devenue presque continue avec recrudescences le matin et le soir; sulfate de quinine (1 gramme), atropine pendant quatre jours; pas d'amélioration; paracentèse du 10 au 14 deux fois par jour; cessation des douleurs; la pupille se dilate. Elle sort le 20 juillet guérie.

CXXVI.

Iritis après extraction linéaire. — Evacuations. Guérison.

Catherine G., âgée de 33 ans, de Rubiana, entre le 3 avril 1862. Opérée dans les deux yeux de cataracte molle par méthode mixte: scléro-iticonixès et extraction linéaire. Quelques fragments de capsule restent dans la chambre antérieure; iritis légère; douleurs fortes dans l'œil droit. Evacuations le 14 et le 15; cessation de l'iritis. La pupille, rétrécie et non dilatable par l'atropine, est large; la vue est déjà assez bonne. Elle sort le 6 avril.

CXXVII.

Cataracte opérée par abaissement. — Iritis. — Evacuation de l'humeur aqueuse répétée pendant trois jours. — Succès complet.

Marguerite A., âgée de 35 ans, entrée le 12 mai et opérée le 14; pas de réaction.

18 *mai.* — La pupille est belle et la vue très bonne.

Depuis le 19 on observa une injection péri-cornéale légère; sens de plénitude dans l'œil et névralgie avec alternatives de mieux et de recrudescences. Un petit fragment de cristallin a passé dans la chambre antérieure. On fit en vain des instillations d'atropine, la pupille se dilatait peu. Calomel (0,15 par jour).

25. — La pupille est un peu déformée. Trouble léger de la chambre antérieure. Paracentèse (évacuations, trois fois dans la journée).

26 *et* 27. — Evacuations répétées trois fois par jour.

Depuis cette époque, tout procéda pour le mieux. Le fragment du cristallin dont il a été parlé fut complètement absorbé.

11 *juin.* — Le malade sort; le résultat ne laisse rien à désirer. On aperçoit encore un petit fragment du cristallin derrière l'iris.

CXXVIII.

Cataracte demi-molle. — Extraction linéaire. — Iritis. — Paracentèse. — Absorption rapide des fragments de cristallin.

Joseph R., âgé de 37 ans, entré le premier mai et opéré le 10.

L'extration fut précédée de broiement avec l'aiguille à travers la sclérotique. Plusieurs fragments restés dans la chambre postérieure ne furent pas extraits.

15 *mai.* — Légères douleurs névralgiques sus-orbitaires avec injection de l'œil. Depuis lors les névralgies augmentent et ne cèdent ni au calomel ni au sulfate de quinine avec instillations d'atropine. La chambre antérieure se trouble un peu.

25. — Paracentèse (4 évacuations); humeur aqueuse troublée, abondante. Cessation immédiate de la douleur, de l'obscurcissement. L'atropine peut dilater la pupille, ce qu'elle ne faisait pas.

1er *juin.* — L'injection n'ayant pas disparu et les fragments de cristallin ne s'absorbant pas, on répéta la paracentèse (évacuations 4 fois dans la journée). Dès lors l'injection cessa; les fragments de cristallin s'absorbèrent avec rapidité.

15. — Le malade sort guéri; succès complet.

CXXIX.

Cataracte dure. — Extraction à lambeau. — Hypopyon. Paracentèse.

Joseph B., âgé de 60 ans, entré le 28 janvier 1860, opéré le 30 du même mois.

Quinze jours après : iritis et hypopyon léger ; une paracentèse; la guérison fut presque immédiate. Dès le lendemain, disparition des symptômes de l'iritis et de l'hypopyon.

CXXX.

Cataracte dure. — Extraction à lambeau. — Trouble de l'humeur acqueuse. — Paracentèse. — Succès complet.

François C., âgé de 76 ans, entré le 29 avril. Opération le 3 mai.

Le soir même la chambre antérieure est troublée; il y a douleur. On évacue l'humeur aqueuse par la plaie trois fois dans la journée. Quatre évacuations le lendemain. Tout revient à l'état normal; le malade sort le 23 mai; succès complet.

CXXXI.

Opération de cataracte aux deux yeux par abaissement dans l'œil droit, par extraction linéaire dans l'autre. — Iritis dans les deux yeux, à forme intermittente — Quinine sans résultat. — Evacuations. — Nouvelle iritis du côté droit — Evacuations avec succès. — Retour de la malade un mois plus tard avec synixèse dans l'œil gauche. — Pupille artificielle avec succès.

Agnès G., âgée de 50 ans, de Bra, entre le 25 octobre 1860.

Cataracte demi-dure dans les deux yeux; opération dans les deux yeux, le 26, par abaissement dans l'œil droit et par discision scléroticale suivie d'extraction linéaire dans le gauche; deux saignées le soir; chaque jour instillations fréquentes d'atropine; pas de réaction jusqu'au 1er novembre.

Les deux pupilles, assez larges jusqu'ici, deviennent étroites; douleurs névralgiques plus fortes vers le soir, 1 gramme de sulfate de quinine les 2, 3 et 4 sans résultat. L'injection oculaire a augmenté, léger chémosis à gauche; évacuations par l'incision cornéale les 5, 6 et 7; les pupilles se dilatent; toute trace d'inflammation disparait.

15 *novembre.* — Nouvelle iritis à droite; douleurs; chémosis léger; évacuations les 15 et 16; guérison.

Depuis le 5 la malade a pris calomel 0,10 par jour; elle sort le 16.

La malade revint le 10 décembre avec synixèse dans l'œil gauche; pupille par iridectomie; très bon résultat.

CXXXII.

Extraction à lambeau. — Iritis. — Hypopyon léger. Evacuations. — Guérison.

Joseph B., âgé de 53 ans, de Altavilla, entre le 28 janvier, sort le 19 février 1860.

28 *janvier.* — Extraction à lambeau oblique supérieur avec succès complet dans l'œil gauche. Cristallin extrait avec sa capsule intacte.

11. — Léger hypopyon avec iritis, évacuation de l'humeur aqueuse répétée deux fois le 11 et une fois le 12 avec succès complet. B. était d'une constitution chétive et maladif depuis plusieurs années.

CXXXIII.

Hémorrhagie grave à la suite d'iridectomie. — Evacuations répétées du sang, puis de l'humeur aqueuse. — Disparition rapide du sang. — Nouvelles évacuations avec succès, avec retour notable de la vue, peu améliorée par l'iridectomie.

Jean-Baptiste P., âgé de 30 ans, de Carlino, entre le 12 septembre 1860.

Leucoma central de la cornée droite avec synixèse et synéchie antérieure, iritis lente; purgatif le 22; iridectomie le 23 au côté externe; hémorrhagie dans la chambre antérieure, qui se renouvela

pendant plus d'une heure; évacuations du sang chaque cinq minutes, applications glacées; il reste un assez fort caillot de sang; trois autres évacuations de l'humeur aqueuse dans la journée.

24. — Il reste peu de sang; cinq évacuations dans la journée.

25. — Il n'y a plus de traces de sang; le malade compte les doigts; un purgatif.

28. — La vue n'a pas amélioré quoique la pupille soit très belle, sens de tension dans l'œil; évacuation de l'humeur aqueuse par l'incision cornéale même; évacuations faites les 29, 30 septembre et 1er, 2 octobre; retour progressif de la vue. Le malade lit, le 4 octobre, jour de sa sortie, quelques lettres du N° 16 de l'échelle.

CXXXIV.

Amaurose glaucomateuse avec altération très grave de la vue dans un œil. — Evacuations. — Guérison complète. — Synixèse. — Pseudo-cataracte. — Cataracte. — Cécité complète dans l'autre œil. — Evacuations, retour de la sensibilité rétinienne et des phosphènes. — Iridectomie, extraction du cristallin. — Choroïdo-iritis avec épanchement. — Evacuations. — Guérison complète.

Cathérine S., âgée de 16 ans, de Murcello, entre le 7 mai 1860.

Synixèse, pseudo-cataracte, cécité dans l'œil gauche. Hypérémie très forte des vaisseaux de la rétine, congestion grave et ancienne de la choroïde, ectasie péri-papillaire commençante externe avec exsudat sémi-lunaire jaunâtre, diminution très considérable de la vue, elle compte avec peine les doigts de l'œil droit.

On ordonne pilules de calomel et aloès, trois grammes de chaque pour soixante pilules (trois par jour en continuation). Paracentèse aux deux yeux, évacuation de l'humeur aqueuse (une par jour du 7 au 16 mai); guérison complète de la rétino-choroïdite de l'œil droit; il ne reste qu'une tache sémi-lunaire grisâtre, granulée, péri-pupillaire; vue parfaite. La perception de la lumière a reparu dans l'œil gauche, ainsi que les phosphènes supérieurs et externes, qui n'existaient plus.

17 *mai.* — Iridectomie dans l'œil gauche; pupille très petite, qui fut complètement oblitérée deux jours après.

22. — Large excision de l'iris; avec une aiguille on fait la discision du cristallin, que l'on a trouvé opaque, et avec la curette de Daviel l'opacité est emportée presqu'en entier; le cristallin était opaque et la capsule antérieure très épaisse, opaque et probablement par exsudat sur sa face antérieure. Evacuations de l'humeur aqueuse répétées trois fois par jour les 22, 23 et 24. Pas de réaction.

25. — La malade compte les doigts de l'œil gauche; pupille très large et très belle; en bas on voit encore un débris de cristallin.

5 *juin.* — Douleurs depuis minuit. La malade s'était exposée la veille à un soleil intense; pupille un peu trouble; évacuations, quatre par jour les 5 et 6.

8. — Jour de sa sortie: pupille très belle, vue excellente; en bas on voit toujours un petit morceau de cristallin, qui n'est plus blanc comme les jours précédents, mais jaunâtre.

CXXXV.

Irido-choroïdite ancienne avec névralgies, photophobie continuelle causées par la présence d'une cataracte réclinée avec probable altération de la rétine de la choroïde. — Amélioration rapide, mais non durable, très incomplète par les évacuations de l'humeur aqueuse.

Joseph M., âgé de 26 ans, de Bastia-Mondovì, entre le 11 mars, sort le 2 avril 1862.

A droite il y a choroïdo-iritis avec synéchie postérieure, pseudo-cararacte purulente, cécité parfaite, atrophie légère du bulbe.

Opéré dans l'œil gauche, le 3 avril 1861, dans un autre hôpital, de cataracte par abaissement; bon résultat immédiat, cinq jours après douleurs violentes de toute la cinquième paire, gonflement de la face. Le traitement antiphlogistique ne fit disparaître que le gouflement de la face. Les névralgies de la cinquième paire diminuèrent peu et depuis lors il ne put sup-

porter la lumière, même très peu intense; la photophobie est continuelle; les névralgies ont de fréquentes recrudescences.

Iris tremblant, pupille immobile non dilatable par l'atropine, sclérotique bleuâtre par places en dehors de la cornée, injection des vaisseaux de la choroïde, que l'on peut suivre jusque très près de la papille.

Du 11 au 21 : évacuations, trois pilules de calomel et aloès (5 centigrammes) par jour, atropine; les douleurs et la photophobie ont très considérablement diminué; le 13 il pouvait fixer un peu les objets; le 20 il alla se promener au soleil; la pupille s'était un peu dilatée, et on vit en bas et en avant du corps vitré une opacité irrégulière et blanche, avec de petites membranes flottantes. On ne peut mieux préciser l'examen à cause de l'intolérance toujours assez grande de la lumière; les dernières évacuations ont été assez mal supportées à cause de la sensibilité au toucher de l'œil, qui s'était de nouveau un peu exagérée; l'amélioration continue après la cessation des évacuations.

23. — Après une promenade au soleil il eut, le soir, une forte névralgie avec réapparition de la photophobie; la névralgie s'est calmée vers le matin.

24. — Quinine, un gramme; une saignée.

25 — La douleur a reparu pendant la nuit; quinine un gramme, deux évacuations.

26. — La névralgie a été plus légère, deux évacuations; quinine.

27. — L'accès n'est pas revenu, mais la névralgie est assez forte encore et continuelle, la photophobie est forte aussi; évacuations le 27, le 28 et le 29; pilules de calomel.

Depuis lors on continua les pilules de calomel. La photophobie n'a pas disparu complètement à sa sortie; la pupille est toujours resserrée; on a continué toujours les instillations d'atropine; l'œil est moins dur, mais il y a toujours injection peri-cornéale; on lui conseille de se soumettre à l'iridectomie, pour laquelle il n'est pas revenu.

CXXXVI.

Extraction linéaire. — Choroïdo-iritis aiguë avec épanchement. — Evacuations. — Guérison.

Joseph B., âgé de 37 ans, de Cassinasco, entre le 6 mai 1860.

Cataracte demi-dure dans l'œil droit; synixèse et pseudo-cataracte dans l'œil gauche (il avait été opéré il y a trois ans par abaissement avec résultat immédiat très satisfaisant).

8 *mai.* — Iridectomie dans l'œil gauche, broiement de la cataracte dans l'œil droit avec extraction linéaire des deux tiers à peu près de l'opacité, pansement ordinaire, pas de réaction.

Succès définitif complet pour l'œil gauche; vue très faible cependant.

25 *mai.* — Injection péri-cornéale; douleurs péri-orbitaires vers le soir; un gramme de jalap et quinze centigrammes de calomel; atropine; applications de compresses froides.

26. — La douleur a diminué un peu; jalap et calomel, et pansement, *ut supra;* le soir la douleur reparaît plus forte et l'injection augmente; même prescription; selles abondantes.

27. — Un gramme de quinine pris dès le matin à cinq heures; la douleur augmente dans la journée, le soir la douleur n'a pas de recrudescence.

28, *matin.*— La chambre antérieure est un peu trouble, chémosis péri-cornéal plus fort; trois évacuations dans la journée, humeur aqueuse trouble; le chémosis disparaissait à chaque évacuation pour reparaître quelques heures après; atropine; compresses froides.

29. — La douleur a cessé; la chambre antérieure est claire, le chémosis a presque disparu; deux évacuations.

La pupille s'est dilatée; plusieurs fragments, que l'on apercevait derrière la pupille dilatée, s'absorbèrent dès lors rapidement; aucun autre traitement ne fut ordonné que quelques purgatifs; la pupille est complètement libre à la sortie.— A gauche, évacuations les 1er, 2, 3 et 5 juin; le malade, qui voyait à peine de cet œil peut compter les doigts, lit de gros caractères à sa sortie. L'amélioration ne fut pas immédiate, mais se déclara vers la quatrième évacuation et surtout après la cessation des paracentèses. Il sort le 10 juin.

CXXXVII.

Phlegmon oculaire consécutif à l'opération de cataracte par extraction. — Iridectomie et évacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Marie A., âgée de 65 ans, de S. Lazzaro, pâle et très affaiblie depuis quinze ans, entre le 21 juin 1862 et sort le 28 juillet.

Cataracte double, dure dans l'œil gauche, semi-dure dans le droit; cécité totale depuis un an.

22 *juin.* — Kératotomie supérieure externe dans les deux yeux; cristallin et capsule sortent intacts à gauche, à droite la capsule se rompt dans sa moitié inférieure pendant le passage du cristallin à travers la pupille; dans l'œil droit il sort un quart d'humeur vitrée, il n'en sort pas à gauche; pansement ordinaire, pas de réaction immédiate.

24. — Quelques larmes de l'angle interne du côté gauche vers le soir; le matin du 25 on peut voir déjà un petit obscurcissement de couleur de rouille dans la partie inférieure de la chambre antérieure qui paraît être du sang mêlé avec de la lymphe et de l'humeur aqueuse; un léger boursouflement séreux de la conjonctive péri-cornéale; sécrétion claire, blanchâtre de la conjonctive, abondante et coulant sur la joue avec jet quand on ouvre les paupières; léger trouble de toute la chambre antérieure; sensation de poids, de tension dans le bulbe.

Iridectomie faite en introduisant le crochet par la plaie déjà pratiquée pour l'extraction de la cataracte, et en tirant au dehors l'iris, dont on excise un assez large lambeau. L'œdème conjonctival et l'œdème erysipélateux de la paupière supérieure diminuent de suite sensiblement; lavements, léger collyre de chlorure de sodium, trois évacuations de l'humeur aqueuse trouble dans la journée; le soir le mal n'a pas fait de progrès.

26. — Le chémosis péri-cornéal a disparu; deux évacuations; atropine.

27. — Humeur aqueuse moins trouble, on voit presque toute la pupille; amélioration dans tous les symptômes; deux évacuations.

28. — Une évacuation; la pupille est en partie libre.

Depuis lors l'absorption paraît se faire plus rapidement; on donne pendant deux jours : jalap 1 gramme, calomel 0,10.

La chambre antérieure conserve une teinte un peu trouble dans la partie inférieure et elle est comme un peu voilée dans la région de la pupille pendant sept jours.

A droite la capsule s'absorbe. Dès le 2 juillet on cesse les pansements à la glace. Elle se lève un peu. Elle est restée avec trois potages jusqu'au 1er juillet.

7. — L'état de la chambre antérieure gauche n'améliore plus depuis deux jours; le procès d'absorption s'est arrêté; deux évacuations par la même ouverture le 7 et le 8.

L'absorption de la lymphe se fait dès lors rapidement, mais il est resté synixèse dans plusieurs points et la pupille est petite. L'œil a consistance ordinaire, mais la vue est faible dans l'œil gauche. On pourrait faire facilement une pupille, mais la malade a des accès de fièvre intermittente et elle est renvoyée chez elle.

CXXXVIII.

Choroïdo-iritis aiguë avec épanchement à la suite d'abaissement de cataracte. — Evacuations.

Marguerite A., âgée de 35 ans, de Cirié, entre le 12 mai 1860.

Opération de cataracte demi-dure dans l'œil gauche par discission et abaissement. Aucune réaction jusqu'au 18. La vue était bonne; la pupille complètement libre; le 18 passage d'un petit morceau de l'opacité dans la chambre antérieure, injection, léger chémosis séro-vasculaire péri-cornéal, douleur péri-orbitaire et tension assez douloureuse du bulbe avec larmoiement et léger œdème palpébral, pupille étroite et non dilatable par l'atropine; émétique en lavage.

18, *soir*. — Même état; douleurs augmentées; une évacuation.

19. — La nuit a été bonne, deux heures après l'évacuation la douleur a cessé; chémosis moins prononcé; évacuation répétée trois fois dans la journée. Le soir la pupille est un peu

plus dilatée; l'humeur aqueuse était limpide et assez abondante.

20. — Pupille large et occupée par plusieurs fragments de cristallin.

25, *matin.* — Douleurs pendant la nuit très fortes et croissantes; chémosis peri-cornéal, larmoiement, œdème palpébral assez fort, pupille étroite et irrégulière, chambre antérieure un peu trouble. Evacuations les 25, 26, 27 (deux fois par jour); humeur aqueuse trouble pendant les deux premiers jours. La douleur et les autres symptômes de l'iritis disparurent peu à peu.

29. — Deux petits morceaux de cristallin placés au devant de la marge pupillaire de l'iris depuis le 24 sont absorbés.

La guérison ne s'est plus démentie. On a donné le 25 et le 26 trois pilules par jour de calomel et aloès, de chacun 5 centigrammes; sans salivation.

A sa sortie, le 11 juin, la pupille est très belle, libre; succès complet.

CXXXIX.

Extraction linéaire aux deux yeux. — Phlegmon consécutif commençant aux deux yeux. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète dans un œil. — Dans l'autre œil on empêche le phlegmon total, mais non la synixèse et l'atrophie lente du bulbe.

Lucie M., âgée de 27 ans, de Boves, entre le 27 mai 1860.

Cataracte molle avec petite pseudo-cataracte centrale dans les deux yeux; extraction linéaire presque totale précédée de discission par la sclérotique dans les deux yeux le 29 mai; une saignée; pas de réaction immédiate.

2 *juin.* — Douleurs très intenses dans la nuit du côté gauche; œdème palpébral; larmoiement; photophobie; chémosis séreux grave; épanchement de lymphe dans toute la chambre antérieure; iris complètement caché; une saignée, six évacuations dans la journée, calomel 0,15, jalap en poudre 1 gramme; instillations fréquentes d'atropine.

3. — Même état, moins la douleur, qui a presque disparu; même traitement, moins la saignée.

4. — Même état dans l'œil gauche; à droite œdème de la paupière supérieure, chémosis, épanchement dans la chambre antérieure, sécrétion muco-puriforme abondante de la conjonctive; six sangsues derrière l'oreille droite, six évacuations dans les deux yeux, calomel et jalap, instillations fréquentes d'atropine.

5. — Même état; même traitement, moins les sangsues.

6. — Sécrétion conjonctivale cessée à droite; du reste même état, même traitement.

7, 8 *et* 9. — Etat stationnaire; deux évacuations chaque jour. Depuis lors la chambre antérieure devint chaque jour plus claire de la périphérie au centre, une évacuation par jour.

10. — Pupille tout à fait libre à gauche, à droite la pupille est fermée par un caillot de lymphe plastique jaunâtre qui touche encore la cornée en avant. On cesse les évacuations; la malade a continué à prendre 0,10 de calomel et aloès chaque jour.

22. — A droite le caillot a presque disparu; il n'y a pas de synéchie antérieure; l'œil est mou; iridectomie; on ne peut exciser qu'un très petit lambeau de l'iris, qui est friable; la pupille était obstruée complètement par la lymphe le 26, jour de sa sortie.

CXL.

Irido-choroïdite aiguë et grave aux deux yeux avec épanchement plastique à la suite d'extraction linéaire. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Résultat complet dans un œil, presque complet dans l'autre. — Iritis plus légère guérie par le même moyen. — Absorption complète et prompte de l'épanchement.

Lucie G., âgée de 27 ans, de Boves, entre le 27 avril, sort le 11 juin 1860.

Cataracte lenticulaire molle avec pseudo-cataracte centrale capsulaire blanchâtre aux deux yeux; pas de traces d'iritis ni

d'altérations à la cornée. Opérée le 29 avril : discission par la sclérotique, extraction linéaire des 2/3 à peu près du cristallin par une incision cornéale aux deux yeux; une saignée, instillations d'atropine. Il reste aux deux yeux quelques morceaux de capsule dans la pupille; pas d'injection; on continue chaque jour les instillations d'atropine.

10 *mai.* — La pupille, à gauche, se laisse peu dilater; l'absorption de quelques morceaux se fait lentement, un peu de photophobie et d'injection péri-cornéale très légère depuis quelques jours; évacuation jusqu'au 20 (une par jour).

11 *et* 12. — La pupille se dilate un peu plus; l'absorption cependant ne se fait presque pas, la photophobie n'a diminué que du 11 au 20; calomel, aloès et feuilles de belladone à l'intérieur, 15 centigrammes de chaque par jour.

20. — Douleur pendant la nuit assez forte et croissante dans les deux yeux; trouble léger des chambres antérieures, surtout dans l'œil droit, où l'on voit à peine l'iris et la pupille; chémosis péri-cornéal séreux assez fort, œdème léger des paupières supérieures. Evacuation aux deux yeux, humeur aqueuse trouble, un peu teinte en rose à droite. La douleur cessa dès lors pour ne plus reparaître; deux autres évacuations dans la journée, atropine, un purgatif.

21. — Chambre antérieure gauche parfaitement claire, sauf deux petits morceaux de capsule au milieu du champ pupillaire, on cesse les évacuations. A droite on continue les évacuations, la chambre antérieure est encore trouble, comme la veille, et les autres symptômes, moins la douleur, qui a disparu, n'ont subi aucun changement; trois évacuations; trois pilules de calomel par jour (5 centigrammes par pilule).

22. — Même état, même traitement, il y a eu un peu de douleur dans l'œil droit pendant la nuit. On donne un gramme de sulfate de quinine.

23. — La chambre antérieure est plus claire à la périphérie; au centre même état. La douleur a été ressentie de nouveau vers le matin; chémosis moins fort.

Les jours suivants on continua le même traitement, moins la quinine. L'humeur aqueuse devint chaque jour plus abondante; le caillot, qui semblait s'être amassé vers le centre, s'absorba jour par jour de la périphérie au centre et assez rapidement.

Le caillot, vers les derniers jours, devenu très mince, touchait encore le centre de la cornée et de la pupille.

8 *juin.* — L'absorption était complète, mais la pupille était fermée; chambre antérieure de grandeur normale .On avait cessé les évacuations le 4 juin.

La malade, voyant très bien de l'œil gauche, retourne chez elle. Je l'ai opérée avec succès de pupille artificielle, le mois suivant, à l'œil droit.

CXLI.

Extraction de cataracte à lambeaux.—Phlegmon commençant. — Evacuations. — Guérison presque complète.

Joseph B., campagnard, âgé de 70 ans, de Viù, entre le 5 février 1861.

Cataracte dure dans les deux yeux; yeux proéminents; depuis dix ans il est un peu sourd de l'oreille gauche, sujet aux congestions cérébrales depuis la cessation d'un flux hémorrhoïdal, qui a disparu il y a dix ans. Du reste bonne santé et stature athlétique. Opéré le 21 février, par un autre professeur d'une Université italienne, par extraction supérieure à lambeau demi-circulaire, une grave complication vint rendre l'opération très difficile: l'iris vint se placer au devant du couteau, et l'opérateur, vu l'impossibilité de refouler l'iris, n'hésita pas à poursuivre la section et un lambeau d'iris fut excisé sans qu'il survint hémorrhagie. Le cristallin sortit avec violence immédiatement après la section avec un tiers à peu près de l'humeur vitrée qui était très peu dense et fluidifiée. Pansement ordinaire; deux saignées dans la journée; cinq centigr. d'opium le soir.

22, *matin.* — Il n'y a pas eu de douleur; gonflement très léger du bord libre de la paupière supérieure; aucune larme ne sort de l'angle interne.

11 *heures.* — Même état, l'œil est ouvert; léger chémosis séreux péri-cornéal. On voit un peu de sang en bas dans la chambre antérieure; injection rouge des vaisseaux profonds sous-conjonctivaux dans le segment inférieur du bulbe; lambeau sain;

chambre antérieure toute troublée par de la lymphe ; cornée tachetée par place en gris à sa face profonde. Evacuation par la plaie, il ne sort qu'un peu d'umeur aqueuse avec de petits filaments; dix sangsues derrière l'oreille; calomel 10 centigr., jalap 1 gramme.

4 *heures.* — Même état aggravé, un peu de douleur, sécrétion abondante et blanchâtre de la conjonctive; chambre antérieure complètement trouble, blanchâtre ; surface de la cornée encore luisante; lambeau intact; évacuations.

4, 8 *et* 11 *heures du soir.* — Peu d'humeur aqueuse, beaucoup de filaments.

23, *matin*, 5 *heures.* — Même état ; évacuations à 5 heures, à 8 heures, à 11 heures; 10 sangsues à la tempe à midi.

3 *heures.* — Evacuations , le lambeau cornéal est un peu soulevé.

7 *heures.* — Toujours même état, seulement le lambeau est plus soulevé; avec les pinces on extrait deux ou trois petits caillots de lymphe noircie de pigment; 1 gr. de jalap, 10 centigr. de calomel.

24. — Le chémosis a augmenté autour de la section cornéale, la sécrétion a diminué; ponction à la partie inférieure de la cornée, il sort un peu plus d'humeur aqueuse sans filaments; le caillot de la chambre antérieure est plus condensé, un peu plus sombre; la sécrétion conjonctivale a diminué, il y a un peu plus de sensibilité au moment de l'introduction du stylet; cinq évacuations, un paquet purgatif comme la veille.

25. — Le chémosis a diminué, l'œil est moins sensible, pas de douleurs, le caillot paraît se raréfier un peu; trois évacuations; humeur aqueuse moins trouble, il n'en sort pas beaucoup; le lambeau cornéal s'est beaucoup abaissé; calomel *ut supra.*

26, 27. — Id., le caillot paraît diminué un peu; même traitement.

Les évacuations sont continuées jusqu'au 2 mars; le caillot s'absorbe peu à peu de la périphérie au centre, il reste comme une cheville ronde touchant en avant la cornée, bouchant en arrière la pupille ; l'iris est à nu dans toute son étendue ou au moins dans ses deux tiers inférieurs. Le malade se lève depuis le 1er mars. On donna depuis ce jour trois pilules par jour de calomel, feuilles de belladone et aloès, 5 centigr. de chaque.

La glace n'est appliquée, depuis le 1er, que pendant les deux heures qui suivent l'évacuation, il se lève depuis le 2.

6 *mars, jour de sa sortie.* — L'absorption est presque complète; au moment de sa sortie il compte les doigts; le lambeau est un peu soulevé, la pupille est tout à fait étirée en haut et la moitié inférieure est encore occupée par de la lymphe de couleur brune. Le caillot, sauf en ce point, est tout à fait absorbé. On ordonna de continuer les pilules sus-indiquées.

CXLII.

Extraction de cataracte à lambeau aux deux yeux.—Choroïdo-iritis aiguë avec épanchement dans un œil dix-sept jours après l'opération. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison presque complète.

François S., âgé de 54 ans, de Salbertrand, entre le 25 mai.

Cataracte dure aux deux yeux, extraites l'une et l'autre par kératotomie supérieure dans la même séance. Lentilles enveloppées de leur capsule tout à fait intactes; sortie d'un peu d'humeur vitrée dans l'œil droit, où il y avait un peu d'adhérence de la capsule avec l'iris, si l'on en juge par la peine que l'on eut à faire sortir le cristallin et par les taches de pigment déposés sur la capsule; pas de réaction.

Succès complet aux deux yeux; pupilles un peu rétractées; il se lève depuis le 4 juin.

Tout va pour le mieux, il a un peu d'inappétance à cause des chaleurs auxquelles il n'est pas habitué.

24 *juin, soir.* — Œil droit; on trouve la chambre antérieure troublée par un épanchement grisâtre, tendant au brun, surtout à la partie inférieure. La cicatrice cornéale est un peu ramollie et soulevée à son bord; chémosis vers la section cornéale. Sécrétion muqueuse gluante des glandes de Meibomius. Evacuations en introduisant le stylet par la plaie cornéale, il sort de l'humeur aqueuse trouble, un peu rouge avec quelques filaments de lymphe; atropine; pas de douleur.

25. — Même état que la veille; trois évacuations. La chambre antérieure, le soir, est moins obscure.

26 — Le chémosis a bien diminué, trois évacuations; le soir on voit l'iris en dedans; l'exsudat paraît plus raréfié, plus foncé.

27. — Le chémosis a disparu, on commence à apercevoir la pupille en haut; tout l'iris, sauf en bas, est à découvert. La marge cornéale s'est affaisée complètement; le malade se lève; atropine.

28, 29 *et* 30. — Evacuations (une par jour); on donne dix centigrammes de calomel et un gramme de jalap par jour; instillations d'atropine; la pupille est libre dans une petite étendue, ce qui lui permet de distinguer un peu la figure; l'humeur aqueuse est limpide depuis deux jours, pas très abondante. On cesse tout traitement, l'absorption continue lentement; le malade, très affaibli, est envoyé chez lui.

4 *juillet*. — On peut espérer dans 15 ou 20 jours une absorption complète. On ordonne des pilules de calomel et aloès (dix centigrammes de chaque par jour).

CXLIII.

Extraction de cataracte à lambeau dans les deux yeux. — Phlegmon commençant dans un œil. — Iridectomie. — Evacuations. — Guérison.

Marie A., âgée de 65 ans, de S. Lazzaro, entre le 21 juin 1862.

Cataracte double dure avec noyau central jaunâtre et substance périphérique blanche; d'une constitution si grêle, si affaiblie qu'elle n'aurait pas été opérée, si elle ne se trouvait pas déjà dans cet état depuis 15 ans.

21 *juin*. — Purgatif salin le matin et kératotomie supérieure dans les deux yeux à midi. Cristallin et capsule sortent intacts à gauche, à droite la capsule se rompt dans sa moitié inférieure; il sort plus d'un quart de l'humeur vitrée à droite; il n'en sort pas à gauche; pansement ordinaire, pas de réaction immédiate.

24, *soir*. — Il sort quelques larmes de l'angle interne du côté gauche; le matin on avait vu déjà un très petit obscurcissement de couleur rouille dans la partie inférieure de la chambre

antérieure que l'on pouvait croire être du sang; il y a un léger bousouflement séreux de la conjonctive péri-cornéale, sécrétion claire et blanchâtre de la conjonctive médiocrément abondante et coulant sur la joue quand on ouvre les paupières; léger trouble de toute la chambre antérieure; sensation de poids, de tension dans le bulbe. Iridectomie faite en tirant au dehors, avec le crochet, l'iris dont on excise un assez large lambeau; l'œdème conjonctival et l'œdème de la paupière supérieure, qui existait aussi, diminuent de suite sensiblement; deux lavements, léger collyre au chlorure de sodium.

25. — Le mal n'a pas fait de progrès, il est au même point qu'avant l'opération; trois évacuations dans la journée; humeur aqueuse trouble; un lavement.

26. — Le chémosis péri-cornéal a disparu; deux évacuations; atropine.

27. — L'absorption se fait, on voit presque toute la pupille; une évacuation; un lavement; atropine.

28. — Evacuations; la pupille est presque complètement libre.

Depuis lors l'absorption se fait d'elle-même, on donne pendant deux jours: jalap 1 gramme, calomel 0,10.

La chambre antérieure est encore teinte en rouille dans sa partie inférieure, et comme un peu voilée dans la région de la pupille, pendant sept ou huit jours.

A droite la capsule s'absorbe, dès le 2 juillet on cesse les pansements à la glace; elle se lève un peu le 3; elle ne fut tenue à la diète, aux potages que jusqu'au 1er juillet.

7 *juillet.* — L'état de la chambre antérieure gauche est presque toujours le même, l'absorption ne se fait plus, évacuations par la même ouverture le 7 et le 8; l'absorption se fait dès lors rapidement, sauf en bas; la pupille est presque libre.

Depuis lors on cessa toute évacuation; l'absorption se fit lentement; mais il est resté synixèse presque totale; il reste toutefois une petite pupille; sauf cette synixèse, l'œil est aussi beau qu'à droite et on pourra très facilement faire une pupille. La malade a des accès de fièvre; elle est renvoyée chez elle le 28 juillet.

CXLIV.

Extraction linéaire. — Choroïdo-iritis aiguë très grave avec épanchement. — Iridectomie. — Temps d'arrêt de l'affection — Rechute plus grave encore. — Evacuations. — Guérison complète.

Magdeleine S., âgée de 23 ans, de Bardenasca, entre le 10 juin 1860.

Cataracte molle dans l'œil gauche, opérée le 14 juin par discission sclérotícale et extraction cornéale linéaire; toute l'opacité est extraite sauf la périphérie de la capsule, qui forme comme une couronne concentrique à la pupille dilatée.

Leucoma central, cataracte molle dans l'œil droit. Le 14 juin, ample iridectomie, ponction de la cristalloïde et extraction linéaire complète.

Dans l'œil droit il y eut un peu de douleur qui se déclara le soir du jour de l'opération: la pupille ne se dilatait pas, pas d'injection, quelques larmes; deux saignées du bras, paquets de calomel 0,10 centigr., jalap 1 gramme (deux par jour).

A droite pas de réaction; la douleur se convertit en sensation de gène, de pesanteur du bulbe, et l'œil resta dans cet état jusqu'au 18 dans la nuit.

19, *matin.* — Douleur très aiguë à droite qui a commencé vers deux heures du matin; chémosis séro-inflammatoire; chambre antérieure un peu, mais très peu trouble; iridectomie externe par l'ouverture cornéale déjà faite pour l'opération. La douleur diminua ainsi que le chémosis sans disparaître cependant. Du reste l'œil reste dans le même état jusqu'au 22 matin. On trouva la chambre antérieure complètement trouble, chémosis séreux, douleurs; évacuations, aloès, calomel et feuilles de belladone, de chaque 0,10 par jour; les 22, 23 et 24, deux évacuations par jour.

25. — La chambre antérieure est bien moins trouble, on voit l'iris et la pupille.

25, 26 *et* 27. — Evacuations (une par jour).

28. — Chambre antérieure complètement libre; pupille dilatée irrégulièrement.

15 *juillet.* — Elle sort; il ne reste pas de traces de l'affection, sauf la large pupille, résultat de l'iridectomie. Vue très bonne des deux yeux.

CXLV.

Extraction linéaire. — Iritis dans un œil. — Evacuations. — Guérison. — Choroïdo-iritis aiguë avec épanchement dans la chambre antérieure. — Evacuations, arrêt de l'affection. — Iridectomie et évacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison complète.

Marie G., âgée de 34 ans, de Villard-Pérouse (Moncenis), entre le 4 août 1860.

Cataracte molle dans les deux yeux.

4 *et* 5. — Un purgatif.

6. — Opération dans les deux yeux; broiement avec l'aiguille par la sclérotique en ramenant les fragments dans la chambre antérieure; incision linéaire cornéale, extraction presque complète, il reste quelques débris dans la chambre antérieure gauche; une saignée le soir; instillations fréquentes et continuées d'atropine; pansement ordinaire; pas de réaction; pupilles larges.

12. — Dans la nuit douleurs légères dans l'œil droit; légère injection conjonctivale; pupille resserrée; deux évacuations de l'humeur aqueuse; plus de douleurs. La malade se lève le 13; calomel 0,15 par jour en continuation.

18, *matin.* — Douleur très aiguë dans l'œil gauche depuis quatre heures; chémosis péri-cornéal séreux; pupille resserrée, chambre antérieure un peu trouble; trois évacuations (par l'incision cornéale même) dans la journée. L'humeur aqueuse est très trouble, le soir elle est presque filamenteuse.

19. — Même état, sauf la douleur, qui a disparu; cinq évacuations dans la journée.

20. — Même état; la chambre antérieure est même un peu plus trouble; iridectomie, l'iris est tiré au dehors avec le crochet

et un large lambeau est excisé ; la pupille qui en résulte est remplie d'exsudat ; le chémosis disparaît pendant l'opération, mais se reforme deux heures après. Cinq évacuations dans la journée; on ajoute un gramme de jalap au calomel que la malade continue toujours à prendre.

21. — Le chémosis a diminué ; la chambre antérieure est plus claire ; le bord de la plaie cornéale est un peu blanchâtre, quatre évacuations.

22, 23, 24 *et* 25. — Evacuations (deux par jour). Amélioration progressive.

26. — La pupille est libre et noire à moitié.

Depuis lors on se limite à donner à la malade, chez laquelle il ne s'est déclaré aucune salivation, 0,10 de calomel par jour.

9 *octobre*, — Jour de sa sortie, la malade lit de gros caractères avec les lentilles N° + 2 des deux yeux. La pupille artificielle est complètement libre, mais la pupille naturelle est fermée. à droite pupille tout à fait libre.

CXLVI.

Cataracte opérée par extraction linéaire. — Phlegmon grave consécutif. — Guérison par la paracentèse répétée pendant dix jours.

Pierre G., âgé de 45 ans, bien portant ; aucune complication.

Cataracte demi-molle à l'œil droit, opérée le 22 avril 1860. On broya d'abord le cristallin avec l'aiguille introduite à travers la sclérotique et la plupart des fragments furent portés dans la chambre antérieure. On fit une incision linéaire, large de 4 lignes environ, à la partie externe de la cornée; la plupart des fragments furent extraits avec la curette de Daviel. Le second temps de l'opération fut rendu difficile et long par l'indocilité, la bêtise du malade et les accidents qui survinrent. Il y eut hémorrhagie par blessure légère de l'iris. L'opération causa peu de douleur au malade. Quelques fragments du cristallin, dont un assez gros, restèrent sur la face antérieure de l'iris vers la partie interne en le déprimant. Ils furent extraits avec peine, ce qui

contribua encore à augmenter la durée de l'opération. Il y eut deux fois introduction d'air, et il sortit un tiers à peu près de l'humeur vitrée. L'œil, après l'opération, était moins proéminent, la cornée, aplatie. On ne voyait plus le moindre fragment de cristallin dans la chambre antérieure, ni dans le champ pupillaire.

On ferma les paupières des deux yeux avec deux bandelettes de taffetas, et on fit des applications de compresses imbibées d'eau glacée, renouvelées très fréquemment.

Une heure après, la paupière supérieure de l'œil droit, bombée et convexe comme celle de l'œil gauche, indiquait que le globe oculaire avait repris son volume normal. Pas de douleur, pas de réaction. Une saignée du bras.

22 *avril, soir.* — Point de réaction; une saignée encore (les accidents survenus pendant l'opération indiquaient l'opportunité de ces soustractions sanguines).

23, *matin.* — Aucune réaction générale ni locale, une petite saignée.

23, *soir.* — Douleur à la racine du nez. Le bord de la paupière supérieure est un peu boursouflé. Ecoulement abondant de larmes de l'angle interne quand on écarte les deux paupières. Obscurcissement de la chambre antérieure par épanchement de lymphe plastique. Quelques points de la face postérieure de la cornée sont plus obscurcis. Iris et pupille très voilés. Léger chémosis séreux formant bourrelet autour de la cornée. Paracentèse à travers la plaie; double évacuation de l'humeur aqueuse à 5 h. et à 11 h. du soir; cette humeur est trouble, teinte en rouge. On fit chaque fois trois évacuations. La chambre antérieure devint plus claire dès que l'humeur aqueuse fut évacuée. Calomel.

24, *matin.* – Même état que la veille; aucune augmentation. Plus de douleur. Evacuations de l'humeur aqueuse. Calomel, atropine.

24, *soir*, 4 *heures.* — L'épanchement plastique a fait des progrès effrayants. Chambre antérieure complètement obscurcie, d'un gris-foncé nuageux dans son centre ; la périphérie est d'un blanc mat qui paraît siéger sur la face profonde de la cornée. Chémosis séro-phlegmoneux étendu à toute la conjonctive bulbaire; sens de tension oculaire. Evacuation de l'humeur aqueuse répétée trois fois par la même ouverture, répétée encore le soir à 7 h. et à 11 heures. Instillations d'atropine. Calomel, 5 centigrammes chaque 5 heures.

25, *matin.* — Légère augmentation: le chémosis est devenu un peu plus fort; la couleur blanche de la face postérieure de la cornée est plus prononcée; peu de douleur. Évacuations, quatre fois dans la journée.

25, *soir.* — Pas d'augmentation; aucune douleur; chémosis un peu diminué.

26. — Légère diminution du chémosis. Cornée un peu moins blanche. L'opacité en général plus foncée, légèrement jaunâtre. Par trois fois on fit deux évacuations dans la journée. Calomel. Atropine en instillations.

27. — Amélioration. La cornée paraît plus claire, plus transparente et on voit que la chambre antérieure est occupée en entier par l'épanchement lymphatique de couleur gris-foncée, qui semble plus nuageux, comme imbibé à sa partie périphérique. Diminution plus prononcée du chémosis (il ressemble au chémosis séreux observé le premier jour); injection conjonctivale. Trois fois dans la journée, on fait deux évacuations. Calomel. Atropine.

28. — On voit la périphérie de l'iris. Quelques points excentriques de l'épanchement présentent le même caractère d'imbibition qu'offrait hier la partie aujourd'hui absorbée. Évacuations, deux fois. Calomel.

29. — On aperçoit un point de la pupille, dont le centre est occupé par l'épanchement qui a la forme d'un bouchon, lequel, appuyé sur la face postérieure de la cornée, s'enfoncerait dans la pupille. Évacuation, une fois.

30. — L'absorption de ce flocon lymphatique est plus avancée. Le malade aperçoit la lumière. Évacuation, une fois.

1er *et* 2 *mai.* — Évacuations, une fois chaque jour. Traitement limité depuis lors aux instillations d'atropine.

7. — La cornée, vers la partie interne, n'était pas entièrement transparente, on la voyait comme un peu tachetée. La pupille est légèrement portée vers l'incision cornéale. Le malade y voit assez pour se conduire.

17. — La vue n'améliorant pas, on fait une nouvelle paracentèse (quatre évacuations). La vue gagne un peu. La cornée paraît s'éclaircir là où elle était encore opaque.

19. — Le malade sort. Il distingue les doigts et les espaces interdigitaux; il reconnaît même les personnes à une petite distance.

CXLVII.

Cataracte demi-molle dans l'œil gauche. — Extraction linéaire. — Phlegmon consécutif à l'opération. — Guérison par les évacuations. — Succès définitif complet.

Marie F., âgée de 48 ans, bonne santé, aucune complication, entrée le 15 mai 1860.

Extraction linéaire faite le 17 par la partie inférieure de la cornée, après avoir broyé le cristallin avec l'aiguille introduite par la sclérotique. Toute la substance périphérique molle fut extraite complètement; le noyau qui était dans la chambre postérieure ne put l'être, parceque la pupille s'était rétrécie. Aucun accident, aucune douleur; il sortit à peine quelques gouttes d'humeur vitrée. Pansement: deux bandelettes de taffetas; compresses froides sur l'œil.

Pas de réaction dans la journée.

18 *et* 19 *mai.* — Pas de réaction; instillations d'atropine.

20, *matin.* — Dans la nuit la malade a ressenti une légère douleur sus-orbitaire, qui existe encore. Bord libre de la paupière supérieure un peu boursouflé. En écartant les paupières vers leur angle interne on voit sortir une grande quantité de larmes muco-purulentes. La chambre antérieure et la pupille sont cachées par un épanchement lymphatique grisâtre. La périphérie de la cornée présente quelques taches profondes blanchâtres, comme on en voit dans l'aquo-capsulite. Petit bourrelet chémotique séreux autour de la cornée. Paracentèse (4 évac.); humeur aqueuse rougeâtre. On fait prendre du tartre stibié à la malade. Trois heures après, la chambre antérieure est toute remplie de lymphe plastique. La périphérie de la cornée présente un cercle blanchâtre; les lames superficielles sont transparentes au-dessus de ce cercle et le centre tout entier est sain. C'est par là qu'on voit la couleur gris foncée bien marquée de la lymphe qui occupe la chambre antérieure. Plus aucune douleur. Le chémosis s'est étendu à toute la conjonctive bulbaire en devenant un peu rouge et très élevé. L'écoulement muco-puriforme a cessé. Évacuations répétées, faites trois fois dans la journée à intervalles

égaux. Avec l'humeur aqueuse épaissie sortent des filaments de lymphe concréfiée. Application de six sangsues derrière l'oreille du côté malade.

21. — L'épanchement s'est obscurci. Le chémosis a légèrement diminué. Pas de douleur. Pas de sécrétion muco-puriforme. Le cercle blanchâtre de la cornée paraît s'être étendu un peu plus vers le centre. Evacuations, trois fois dans la journée; humeur aqueuse moins abondante, plus limpide, avec filaments de lymphe; une saignée, calomel, atropine.

22. — Diminution du chémosis. Cercle blanchâtre un peu moins prononcé. Evacuations, trois fois; calomel.

23. — Le chémosis est revenu à son premier état de simple bourrelet péri-cornéal; injection de la conjonctive. Evacuations, deux fois; calomel.

24. — La chambre antérieure, que l'on voit à travers la cornée plus claire qu'avant, paraît subir des modifications. Il semble que l'épanchement s'imbibe, devient plus nuageux, de couleur moins obscure vers sa périphérie. Evacuations, deux fois; calomel.

25. — L'absorption est évidente, la périphérie de l'iris est visible. Evacuations, deux fois; l'humeur aqueuse est redevenue plus limpide et plus abondante.

Depuis lors on peut suivre pas à pas l'absorption qui marche de la périphérie de la chambre antérieure vers son centre, de telle façon que la partie qui est sur le point d'être absorbée paraît imbibée, plus nuageuse, tandis que celle qui correspond au centre de la cornée, conserve ses caractères primitifs.

L'évacuation de l'humeur aqueuse fut continuée jusqu'au 1er juin deux fois par jour. La chambre antérieure était alors entièrement claire, sauf en correspondance de la pupille obstruée encore par le produit morbide ayant la forme de bouchon déjà indiquée.

Après l'évacuation du premier juin, ce résidu sembla s'imbiber aussi et disparut en quelques jours laissant l'entrée libre aux rayons lumineux. Les instillations d'atropine furent continuées.

14 *juin*. — La malade sort. Limpidité parfaite de la cornée, de la chambre antérieure et de la pupille. Pas de traces de l'affection. Mobilité de l'iris, pas d'adhérence, aucune altération de couleur. La pupille est très régulière. Aucun reste de cataracte visible. Vue aussi bonne que dans les résultats les plus beaux des opérations de cataracte.

CXLVIII.

Cataracte presque noire. — Extraction à lambeaux. — Phlegmon grave deux jours après l'opération. — Evacuation de l'humeur aqueuse répétée pendant huit jours avec succès.

Pierre J., âgé de 74 ans, opéré le 12 avril 1860. — Opération interrompue trois fois par des syncopes. Pansement ordinaire. Deux petites saignées de précaution.

13. — Ecoulement de larmes de l'angle interne de l'œil. Une saignée.

14. — Aucune réaction. La plaie cornéale est fermée. Pupille belle et un peu tirée vers la cicatrice. Le malade y voit.

15, *matin.* — Il a eu un éternuement pendant la nuit, la cicatrice cornéale est violemment déchirée, et depuis lors douleur aiguë dans l'orbite et à la région péri-orbitaire. Epanchement plastique, aspect blanchâtre de la cornée, chémosis séro-phlegmoneux, sécrétion muco-purulente des conjonctives comme dans l'Observation précédente. Au moment de la visite l'affection a l'aspect d'un phlegmon des plus graves, la douleur est intense. Paracentèse; les évacuations sont répétées quatre fois dans la journée. Scarifications, ponctions du chémosis; calomel.

Jusqu'au 23 les évacuations furent répétées trois fois d'abord, puis deux fois par jour. Administration continuée du calomel.

Dès le premier jour, on observa des phénomènes de marche rétrograde du chémosis, de la cornée, de la couleur blanche périphérique et de l'épanchement avec les mêmes phases observées chez le sujet dont l'histoire est exposée ci-dessus.

Cependant, la douleur ne cessa jamais, et bien que la pupille fût belle, que son champ fût libre tout à fait, une photophobie assez prononcée empêchait à l'individu de se servir de son œil. Les névralgies, très aiguës, durèrent pendant une quinzaine de jours encore et exigèrent un traitement long et assidu. Il faut noter que l'iris faisait hernie à travers l'ouverture de la cornée.

Le malade vient encore aux consultations; la vue améliore de jour en jour.

ARTICLE TREIZIÈME

Tiré du Mémoire de M. le docteur Reymond (1).

Staphylômes opaques de la cornée. — Procidences de l'iris. — Ulcères et ramollissements de la cornée. — Pannus.

La paracentése de la cornée employée comme moyen palliatif dans plusieurs affections de la cornée est d'un usage si ancien et si répandu, qu'il serait inutile d'y insister ici. Il n'est personne qui ignore le parti que l'on peut en tirer dans quelques ulcéres profonds de la cornée, avec menace de perforation, en pratiquant la ponction dans un lieu d'élection, soit au centre de l'ulcére, soit dans un autre point de la cornée. La paracentése de la chambre antérieure dans les conjonctivites avec chémosis grave au point de menacer la mortification de la cornée, la ponction des procidences de l'iris ou du centre du staphylôme, même souvent répétées dans le cours du traitement de ces affections, nous sont enseignées d'une façon bien évidente par la nature elle-même dont nous ne faisons que régulariser les efforts.

Il y a longtemps que j'ai associé les évacuations de l'humeur aqueuse à l'iridectomie dans un grand nombre des affections de l'œil dont je parle ici. M. Cornuty

(1) *Iridectomia sola od associata alle evacuazioni ripetute dell'umor acqueo nella cura di alcune malattie corneali*, ecc., per Carlo Reymond. — Torino, 1862.

avait déjà cité quelques faits de ma clinique prouvant que les évacuations peuvent être utiles dans ces affections, surtout dans le pannus. Je ne crois mieux faire que de publier ici un travail tout récent de M. Reymond, mon chef de clinique, qui a étudié l'action de l'iridectomie seule ou combinée aux évacuations de l'humeur aqueuse dans les affections que j'ai réunies dans ce chapitre. Je tire textuellement de ce Mémoire ce qui a le plus rapport aux évacuations, et j'omets quelques Observations qui se rattachent uniquement aux applications de l'iridectomie.

IRIDECTOMIE SEULE OU ASSOCIÉE

AUX ÉVACUATIONS RÉPÉTÉES DE L'HUMEUR AQUEUSE

DANS

1. **Les staphylômes opaques de la cornée et les kératocones;**
2. **Les procidences de l'iris;**
3. **Les ulcères et les ramollissements de la cornée;**
4. **Les pannus.**

---

§ 1. *Staphylôme opaque de la cornée, et kératocone.*

J'ai toujours été beaucoup étonné, en voyant les succès presque constants et nombreux, obtenus dans la clinique par l'iridectomie dans les staphylômes partiels et même complets de la cornée, que ce moyen ne soit pas universellement adopté. Ce n'est pas cependant une pratique nouvelle. Beer disait que, lorsque le staphylôme partiel était compliqué d'occlusion de la pupille, on était plus sûr de le guérir en faisant une pupille artificielle, qu'en faisant la récision. Jünken était du même avis.

Rosas, qui professait que les procès ciliaires sont la source principale de l'humeur aqueuse, et qui en localisait l'absorption dans la chambre antérieure, avait adopté contre les diverses formes du staphylôme une série de moyens ingénieusement fondés sur cette base. L'adhérence de l'iris à la cornée, selon son étendue, devait rendre insuffisante l'absorption de l'humeur aqueuse dont la sécrétion restait la même. Pour faire diminuer cette hydropisie par défaut d'absorption, il pratiquait à la base de la tumeur une large incision intéressant la cornée et l'iris; il obtenait non seulement un relâchement momentané de la tension du bulbe jusqu'après

l'occlusion de l'ouverture pratiquée, mais, l'inflammation se propageant aux procès ciliaires voisins de la plaie, la sécrétion de l'humeur aqueuse était diminuée. Deux ou trois opérations pareilles suffisaient quelquefois pour faire disparaître le staphylôme. Si cette première opération ne suffisait pas, il excisait un lambeau de cornée à la base de la tumeur. Lorsqu'il y avait occlusion de la pupille par soudure complète de sa marge à la cornée, il pratiquait une pupille, non pas dans l'unique but de ramener un certain degré de vue, mais surtout pour faire abaisser la tumeur.

Quelques faits cités dans un mémoire du Pr Flarer (Pavie 1829) prouvent d'une manière irrécusable l'efficacité de ce moyen. Un jeune homme affecté de staphylôme partiel progressif, avec adhésion complète de la marge pupillaire de l'iris à la cornée, fut guéri en moins d'un mois par l'iridodyalisis. Une femme qui se trouvait dans les mêmes conditions fut guérie également en moins de deux mois; elle vit assez pour se conduire vingt jours après la corédyalisis; elle distinguait les corps très éclairés.

On pourrait croire, d'après ce qui précède, qu'une des conditions pour la réussite de ce moyen est que la pupille soit fermée. Certainement alors le rétablissement de la communication des deux chambres doit être une raison pour l'employer de préférence à tout autre; mais l'effet de l'iridectomie n'est pas moins prononcé, comme on peut le voir dans la plupart des Observations qui suivent, lorsque la pupille n'est pas oblitérée.

Lorsque le staphylôme est récent, limité, dans sa période de croissance, on doit essayer d'abord les moyens ordinaires: ponctions et évacuations répétées à la périphérie de la cornée ou au sommet de la tumeur, sans avoir à craindre, même dans les cas les plus graves, de toucher le cristallin, qui est toujours séparé de la cornée par une certaine quantité d'humeur aqueuse; compression, cautérisations de la tumeur selon la méthode Richter. Mais, si le staphylôme n'est pas amélioré d'une façon stable, c'est-à-dire si, après la cessation de ces moyens employés pendant un certain temps, on

voit que la tumeur reprend sa marche, on ne doit pas tarder à opérer l'iridectomie; et, disons-le, il est rare que les moyens ordinaires indiqués guérissent radicalement le staphylôme. Cette opération est faite d'après le procédé ordinaire, de façon que la nouvelle pupille corresponde au lieu d'élection pour la vision.

J'ai dit qu'on ne doit pas tarder, car il est rare que ces staphylômes augmentent sans que l'opacité cornéale n'augmente aussi d'étendue. Chaque poussée de la tumeur est marquée par une zône nouvelle de cicatrice.

Il est rare que l'on ne voie presque de suite après l'opération, ou au moins dès le jour suivant, la tumeur s'abaisser considérablement; la cornée, ou mieux la cicatrice cornéale est peu résistante et elle s'affaisse dès que la pression interne diminue. À mesure que l'incision cornéale faite pour l'opération se ferme, on voit assez souvent la tumeur augmenter de nouveau, mais elle n'arrive jamais au niveau où elle était avant l'opération.

Quelqu'ait été le degré de cette augmentation de la tumeur, on voit bientôt le staphylôme s'abaisser avec assez de rapidité et de lui-même; si cette diminution tarde à avoir lieu, quelques évacuations de l'humeur aqueuse faites par le centre de la tumeur ou à la périphérie de la cornée suffisent pour rendre à la cornée sa convexité normale. C'est ordinairement le centre de la tumeur qui paraît avoir le plus de difficultè à s'abaisser.

Quant à l'opération, je l'ai toujours vue suivie d'un résultat heureux dans la clinique de M. Sperino, même chez les enfants; on ne voit d'autres différences dans l'action de ce moyen chez les divers sujets, qu'une plus ou moins grande promptitude. — L'opération ne fut jamais suivie d'accidents, et jusqu'ici il n'y eut pas de récidive immédiate qui n'ait été arrêtée par les évacuations de l'humeur aqueuse. La guérison complète s'est faite quelquefois attendre mais toujours on a obtenu un effet durable et complet.

Lorsque le staphylôme existe déjà depuis quelque temps et qu'il n'est pas définitivement devenu stationnaire, il se

lie ordinairement à une congestion interne plus ou moins marquée, quelqu'ait été du reste le point de départ et de formation du staphylôme : affections de la cornée dans leur origine localisées, ou maladies des membranes internes du bulbe oculaire.

C'est, peut-être, à cette complication qu'est due la plus grande rapidité d'action de l'iridectomie dans les staphylômes enflammés ou compliqués de congestion manifeste de la choroïde, de dureté du bulbe.

Lorsque le staphylôme est compliqué de congestion choroïdienne grave, l'iridectomie ne suffit pas toujours, et on doit l'associer aux évacuations de l'humeur aqueuse pour obtenir un effet durable. Il est à ce propos un fait qui indique qu'on doit donner plus d'importance qu'on ne le fait généralement à la congestion interne dans la production du staphylôme. — Lorsqu'après l'iridectomie on continue à évacuer chaque jour l'humeur aqueuse par l'ouverture même de l'iridectomie, on voit la sensation visuelle reparaître quelquefois là où elle était éteinte, et toujours augmenter là où elle n'avait que diminué. On observe le même effet heureux des évacuations dans tous les staphylômes compliqués d'altération de la sensibilité rétinienne.

Il ne faudrait pas être arrêtés par la présence de complications telles que des granulations palpébrales, des ulcérations cornéales; après les avoir améliorées quelque peu, on opère, et on continue ensuite le traitement des granulations. Lorsqu'il y a une poussée de pustules, on combat l'état aigu et on ne tarde pas à opérer parce que l'iridectomie est un excellent moyen d'empêcher les récidives de pustules.

L'amélioration est quelquefois très prompte; deux ou trois semaines après l'opération la cornée est aplatie, et, à mesure que celle-ci reprend sa convexité, l'iris s'en éloigne, la chambre antérieure augmente et la vue revient en proportion de cette augmentation de la chambre antérieure.

On doit être averti d'un fait qui n'est pas rare. Après l'opération le staphylôme s'est bien abaissé déjà, et cependant le centre de la tumeur a toujours de la tendance à se per-

forer de temps en temps; on doit même quelquefois attendre assez longtemps la guérison stable du staphylôme. Je dois noter cependant que les douleurs qui accompagnent ces perforations ne reparaissent jamais aussi fortes qu'auparavant, et surtout que dans ces nouvelles recrudescences la tumeur ne tend plus à s'étendre à sa base et qu'elle ne cède plus autant, et que la cornée reprend bientôt une consistance beaucoup plus grande.

On observe quelquefois à la suite des affections lentes, surtout panniformes de la cornée qui en diminuent la consistance, une exagération de la convexité de cette membrane qui peut être encore opaque ou avoir repris déjà sa transparence à peu près complète. Il y a kératocone, hydrophthalmie de la chambre antérieure. Le staphylôme s'est produit sans qu'il se soit établi de synéchies antérieures, sans que la cornée ait été perforée. L'iridectomie est d'une grande utilité dans ce cas, mais elle agit peut-être plus lentement; les évacuations de l'humeur aqueuse sont alors d'un assez grand secours; de même, s'il n'y a pas d'opacités centrales de la cornée indiquant l'iridectomie, on devra essayer d'abord les évacuations, qui donnent assez souvent d'assez bons résultats comme dans le pannus. Nous devons noter une circonstance qui ne fait jamais défaut. Dans ces kératocones les évacuations de l'humeur aqueuse sont assez difficiles à faire complètement, lors-même que l'iris n'ait contracté aucune adhérence en arrière; on dirait que l'œil a perdu de son élasticité; on n'observe plus ces contractions qui rendent presque spontanée la sortie de l'humeur aqueuse dès que le stylet est introduit dans la plaie. Comme nous le verrons plus loin, l'iridectomie et les évacuations sont en outre des moyens très efficaces pour faire non seulement diminuer le pannus qui subsisterait encore, mais aussi pour faire cicatriser des ulcérations ou absorber des opacités interlamellaires.

Lorsque la perception de la lumière est abolie, il est rare que l'iridectomie, même associée aux évacuations de l'humeur aqueuse, puisse rendre un haut degré de faculté visuelle. On doit cependant faire à ce sujet une remarque que

je crois importante. Lorsque le staphylôme prend des proportions volumineuses, lorsque la sclérotique amincie cède facilement à la pression interne en se distendant uniformément, la rétine s'altère moins profondément que si la coque oculaire opposât une résistence plus marquée. Nous trouvons en effet une différence bien marquée quant au retour de la vue, selon que la cornée, dans le cours de l'affection, a cédé plus ou moins à la pression interne, ou s'est perforée en laissant écouler l'humeur aqueuse. En général donc, lorsque la sensibilité rétinienne aura été altérée, on pourra attendre des résultats d'autant plus satisfaisants (quant à la vue) que l'âge du malade sera moins avancé, c'est-à-dire que les membranes d'enveloppe seront moins résistantes.

Lorsque la sensibilité rétinienne a considérablement diminué, on ne doit pas se limiter à faire l'iridectomie; on doit toujours lui allier les évacuations répétées de l'humeur aqueuse, dont l'action isolée est peut-être alors plus puissante que celle de l'iridectomie, mais qui suffisent rarement aussi à vaincre l'affection.

L'abaissement du staphylôme et la disparition des signes de la congestion choroïdienne marchent toujours de concert; l'amélioration est en outre d'autant plus prompte, et progresse d'autant plus sûrement que les symptômes de la congestion interne diminuent plus évidemment. Il n'est donc pas étonnant qu'il soit nécessaire souvent d'allier les évacuations à l'iridectomie pour obtenir un résultat prompt et complet.

À mesure que l'injection conjonctivale disparaît, que l'œil reprend un aspect plus normal, que les opacités cornéales se diradent, que la tension exagérée du globe oculaire diminue, les altérations de la choroïde se dessinent bien souvent au travers de la choroïde elle-même, qui présente de larges taches bleuâtres, quelque fois de véritables ectasies qui disparaissent à leur tour peu à peu sous les évacuations de l'humeur aqueuse. On observe surtout ce dernier fait lorsque la pseudo-cornée n'offre aucune tache noirâtre indiquant que

le staphylôme s'est ouvert spontanément en laissant écouler l'humeur aqueuse.

C'est là un enseignement fourni par la nature et qui explique très bien les succès que l'on obtient quelquefois par les évacuations seules de l'humeur aqueuse assez longtemps répétées pour dissiper cette congestion; mais, je le répète, il est excessivement rare que les paracentèses suffisent à obtenir des résultats définitifs; ce n'est que lorsque la congestion est bien manifeste et surtout dans les kératocones peu prononcés avec dureté du globe oculaire qu'on peut obtenir ce résultat. Lorsque la pupille est oblitérée, il est toujours nécessaire de rétablir la communication des deux chambres.

Ces ectasies de la sclérotique s'observent surtout lorsque le staphylôme existe depuis longtemps. En alliant les évacuations de l'humeur aqueuse à l'iridectomie, on obtient, après la guérison du staphylôme et de la choroïdite, un degré de vue relatif à l'altération déjà subie par la rétine. Cette altération de la rétine n'est pas ordinairement aussi grave que semblerait indiquer le degré de vision encore conservé, et l'amélioration de la vue augmente encore pendant longtemps après la cessation du traitement, absolument de même que dans le glaucôme après un traitement identique.

J'ai parlé uniquement de l'iridectomie jusqu'ici; on verra dans les observations qui suivent que l'iridodyalisis, l'iridodonésis etc. agissent aussi avec efficacité. On pourra, selon les indications, pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations; quelquefois même, dans les staphylômes avec opacité totale ou presque totale de la cornée, on ne pourra qu'arracher quelques fibres de l'iris avec le crochet. Si par l'abaissement du staphylôme et la diminution des opacités, la pupille ne se trouvait pas directement derrière la portion la plus transparente de la cornée, il ne faudrait point craindre d'en faire une autre dans le lieu d'élection. On a beaucoup trop exagéré les inconvénients de deux pupilles dans un œil, comme aussi ceux d'une pupille excentrique lorsque l'autre œil est

sain; l'infirme peut ne pas se servir de la pupille artificielle, mais jamais il se plaint d'en être incommodé pour l'autre œil, quelque soit le degré de vue qu'il ait acquis du côté opéré.

La limpidité de l'humeur aqueuse est rarement conservée dans les staphylômes; elle prend ordinairement une couleur orangée d'autant plus prononcée que la congestion choroïdienne est plus manifeste; dans les staphylômes compliqués de choroïdo-iritis aiguë, elle s'épaissit et prend une saveur sucrée.

Quant à la quantité, elle est en général d'autant plus grande que la tumeur est plus prononcée; ce n'est point cependant une règle absolue, et ici, comme dans toutes les affections congestives de la choroïde, les désordres de la circulation peuvent avoir une action des plus variées sur la sécrétion de l'humeur aqueuse. Contrairement toutefois à ce que l'on observe dans les affections glaucomateuses, la quantité de l'humeur aqueuse est très souvent augmentée et sa reproduction est plus rapide lorsque les symptomes de la congestion interne sont plus manifestes. Peu à peu et en proportion de la diminution des autres symptômes l'humeur aqueuse réacquiert et sa limpidité et sa quantité normales.

Je disais qu'on obtient quelquefois des succès prompts et brillants; telle n'est point cependant la règle générale. Ce n'est souvent qu'après plusieurs semaines que le staphylôme conserve d'une façon stable l'affaissement qu'il a acquis; quelquefois même l'abaissement complet ne se fait que d'une façon lente et progressive. J'ai vu des malades, sortis de l'hôpital pendant cette lente période de décroissance, se présenter quelques mois plus tard parfaitement guéris, sans autre trace de staphylôme qu'un simple leucoma. Jamais, je dois le dire aussi, je n'ai vu jusqu'ici de staphylôme cornéal qui ne se soit tôt ou tard complètement abaissé après l'iridectomie seule ou associée aux évacuations répétées. L'amélioration de la constitution, les collyres ordonnés, doivent avoir une certaine part dans la persistance de la guérison, mais le fait de l'arrêt du mal appartient en propre aux opé-

rations pratiquées. Le nombre de guérisons ainsi obtenues chaque année dans la clinique donne bien raison de la confiance accordée à ce moyen.

On peut observer des récidives longtemps après la guérison en apparence la plus parfaite, mais on les combat promptement par de simples évacuations répétées de l'humeur aqueuse, pourvu qu'on agisse à temps. Ces récidives prennent quelquefois le caractère le plus aigu, la forme de véritable choroïdo-iritis; c'est ordinairement à une époque plus rapprochée de l'opération (dix ou quinze jours) que se développent ces accidents plus graves, que l'on peut arrêter par les évacuations mieux que par tout autre moyen.

Ainsi, lorsque le staphylôme est commençant, on l'arrêtera et on le guérira rapidement par l'iridectomie si les moyens ordinaires ont échoué, comme il arrive ordinairement. Si le staphylôme marche rapidement d'une façon aiguë et en s'étendant à la base, on ne doit pas tarder à recourir à l'iridectomie, qui trouvera un valide appui dans les évacuations de l'humeur aqueuse qui font disparaître assez promptement les signes de l'acuité. L'iridectomie est tout-à-fait nécessaire s'il y a oblitération de la pupille; nous en verrons la raison au paragraphe suivant. Si le staphylôme est ancien, qu'il soit ou non stationnaire, l'iridectomie sera encore le moyen le plus sûr de guérir le staphylôme et de provoquer l'abaissement plus ou moins rapide de la tumeur selon le degré de congestion interne; lorsque la tumeur tarde à s'abaisser, quelques évacuations répétées produisent presque toujours un effet assez rapide. Si les signes des désordres de la congestion interne se sont réfléchis déja sur la sclérotique ou sur la sensibilité de la rétine, on recourt de suite aux évacuations et mieux encore à l'iridectomie suivie des évacuations qui devront être continuées autant que les caractères et la quantité de l'humeur aqueuse n'auront pas repris le type normal. En tout cas les ulcérations cornéales, les granulations, le pannus ne seront pas une contr'indication. Ce n'est pas seulement dans les cas les plus légers que l'iridectomie peut rendre d'aussi utiles services. Quelle que soit

l'apparence de l'opacité cornéale, on peut toujours espérer que la portion la plus périphérique de la cornée reprenne sa transparence. Il arrive ici ce que l'on observe dans les leucomes dont l'extension diminue ordinairement avec le temps par la disparition des opacités interlamellaires qui l'entourent. Aperçoit-on à la périphérie d'un staphylôme total et complètement opaque une ligne, quelque point où la cornée ne paraît pas avoir été complètement détruite? On doit opérer derrière les points qui paraissent moins profondément altérés; on peut voir quelquefois le tissu qui paraissait n'être que pseudo-cornée, s'éclaircir au devant de la pupille même ou un peu plus loin.

L'opération est quelquefois assez difficile. Le couteau introduit à la périphérie de la cornée ne trouve que peu d'espace pour pénétrer dans la chambre antérieure presque complètement effacée. Le trouble de la cornée peut même quelquefois être assez fort pour qu'on ne puisse faire qu'imparfaitement l'incision cornéale, à cause du risque que l'on coure de blesser l'iris et même le cristallin. On ne pourra quelquefois tirer qu'après plusieurs introductions du crochet une portion suffisante d'iris. Souvent de l'iris altéré et adhérent ont lieu des hémorrhagies opiniâtres dans la chambre antérieure, mais nous connaissons le moyen de remédier à cet inconvénient: on répète avec le stylet les évacuations à plusieurs reprises aprés l'opération, et on les continue au besoin les jours suivants; on obtient ainsi non seulement la disparition complète du sang et la conservation de la pupille, mais on prévient surtout la réaction et on aide l'action de l'iridectomie: de cas désespérés on tire un parti inattendu.

OBSERVATIONS [1]

CXLIX.

Staphylôme opaque de la cornée avec leucoma, paraissant total. — Iridectomie. — Evacuations répétées de l'humeur aqueuse. — Guérison du staphylôme. — Éclaircissement de la cornée et résultat inattendu pour la vue.

Pierre V., Suisse, âgé de 45 ans, de bonne constitution, ouvrier menuisier. Conjonctivite granuleuse depuis un an et demi, il entre le 4 août 1862 avec granulations palpébrales volumineuses, staphylôme opaque sphérique, opaque et total de la cornée droite.

Au centre du staphylôme on voit un petit point noir indiquant des ruptures de la cornée avec procidences. Toute la cornée est opaque: on voit seulement en haut une ligne excessivement étroite de cornée encore à peu près transparente; il distingue à peine l'ombre de la main. Trichiasis léger qu'on traite d'abord.

Août 5. Essai d'iridectomie au côté interne. Après avoir fait une ouverture à la cornée on tira avec le crochet quelques fibres de l'iris; on ne put voir aucune trace de pupille. Quelques évacuations après l'opération.

6 et 7. Evacuation de l'humeur aqueuse par la plaie elle-même.

8. On dirait qu'on voit un peu la pupille; le malade distingue les doigts; tumeur non abaissée. Ponction au centre de la tumeur; évacuation continuée chaque jour.

12. Tumeur abaissée de moitié; la vue augmente. On voit déjà derrière la cornée une petite tache noire qu'on soupçonne être la pupille.

14. On voit la pupille; la cornée s'éclaircit; la vue améliore.

29. Les évacuations ont été continuées chaque jour. On voit distinctement une très belle pupille; le malade voit une aiguille de cet œil. La portion interne de la cornée s'éclaircit d'une façon extraordinaire; ailleurs la cornée est toujours aussi opaque; la tumeur est tout-à-fait abaissée. On cesse les évacuations.

12 septembre. La tumeur n'a pas reparu; la cornée s'éclaircit encore en dedans au devant de la pupille, qui s'éloigne de la cornée.

(1) Ces observations, comme presque toutes celles qui sont publiées dans cet ouvrage, ont été recueillies dans l'Hôpital Ophthalmologique de Turin.

CL.

Staphylômes opaques partiels. — Iridectomie. — Pas d'amélioration. — Évacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison des staphylômes et retour de la vue.

P. Second, âgé de 24 ans, de Castigliole, soldat congédié depuis 8 mois pour cécité complète, suite d'ophthalmie purulente contractée au service militaire. Leucoma staphylômateux très étendu et très élevé des deux cornées.

A la partie interne les cornées sont transparentes dans l'espace de 4 ou 5 millimètres. Le leucoma et le staphylôme sont un peu moins graves dans l'œil gauche. Bulbes oculaires un peu durs.

Le 24 juin 1860 on fait l'iridectomie du côté interne aux deux yeux.

Le 26 le staphylôme n'avait subi aucun changement; la vue permet à peine de voir les doigts, quoique les pupilles soient belles et larges. On fait la paracentèse le 26 juin et le 2 juillet (3 évacuations chaque fois). La vue après la première et surtout après la 2me paracentèse augmenta rapidement au point de permettre de voir les plus petits objets.

En même temps les staphylômes s'abaissèrent rapidement et disparurent complètement: plusieurs taches superficielles qui obscurcissaient encore la portion transparente de la cornée disparurent aussi. La dureté du bulbe est normale.

Le malade sort le 20 juillet.

CLI.

Staphylôme opaque partiel dans l'œil droit. — Kératocone à gauche. — Iridectomie, amélioration dans les deux yeux. — Evacuations, amélioration plus prompte encore. — Eclaircissement notable des opacités cornéales.

Nicolas B., âgé de 23 ans, de Livorno Vercellese, entra le 9 juillet 1862: granulations palpébrales; staphylôme opaque partiel de la cornée droite; keratocone, leucoma central entouré d'albugo, et trouble de tout le reste de la cornée, à gauche. La tumeur staphylomateuse de la cornée droite est presque centrale,

peu large ; elle offre une petite tache noire centrale entourée d'une zône d'un blanc-opaque. Affections développées à la suite d'ophthalmie purulente qu'il a contractée, il y a deux ans, au service militaire. L'œil droit distingue à peine les objets ; le gauche a seulement la perception de la lumière : il ne peut diriger ses pas.

10. Iridectomie du côté externe à droite, à gauche du côté interne, Deux évacuations de l'humeur aqueuse dans la journée pour évacuer un peu de sang resté dans la chambre antérieure droite. Pansements ordinaires à la glace, diète.

11. Pansements ordinaires, demi-diète.

12. Pupilles libres. Le malade se lève. Collyre au sulfate de zinc à continuer.

14. Kératocone diminué à gauche ; on voit encore peu la pupille; à droite la pupille est très belle. Scarifications palpébrales.

24. Depuis deux jours on fait sortir l'humeur aqueuse (une fois par jour) par une ponction faite au sommet des tumeurs; les cornées s'éclaircissent autour du leucome.

28. Quatrième évacuation. Les staphylômes s'abaissent.

Août 4. L'œil gauche voit la main et distingue les doigts. Dans le droit la chambre antérieure s'agrandit et la tumeur staphylomateuse est presque effacée; on cesse tout traitement dans cet œil.

5. Ponction centrale du kératocone gauche : évacuation répétée chaque jour jusqu'au 13.

14. Le staphylôme droit est guéri; la tumeur est au niveau de la cornée et présente une tache noire, aplatie et entourée d'une zône leucomateuse et d'une autre zône d'albugo léger; à la périphérie les taches ont disparu complètement; pupille belle, large; chambre antérieure ample; vue bonne; la cornée s'éclaircit aussi surtout à l'externe et ne permet pas de voir les doigts ; cornée de convexité presque normale. Le malade dirige très facilement ses pas.

19. La cornée gauche ne s'éclaircit plus; évacuations à gauche jusqu'au 25 par la périphérie de la cornée.

1er septembre. Le cinquième externe de la cornée s'est à peu près complètement éclairci ; iridectomie à l'externe ; évacuations (deux par jour) jusqu'au 6; vue qui permet de voir une aiguille. Le malade, encore à l'hôpital, améliore encore, quant à la vue, jour par jour. On a repris les pansements pour la conjonctivite.

CLII.

Staphylôme opaque de la cornée très étendu et se développant malgré les ponctions, la compression etc. — Iridectomie avec guérison temporaire. — Evacuations à deux reprises pour récidives, avec succès.

M. Charles E. de Pallauza, âgé de 15 ans, étudiant, avait été soigné pendant quinze jours chez lui pour une ophthalmie purulente très intense à l'œil gauche avec des purgatifs, quelques applications de sangsues derrière l'oreille et des topiques émollients. Lorsqu'il se présenta, le 25 novembre 1860, il y avait gonflement très fort des paupières, sécrétion purulente excessivement abondante. La cornée s'était perforée depuis 8 jours, à ce qu'il paraît, la douleur ayant presque subitement cessé à cette époque. L'iris faisait une saillie énorme à travers la cornée, qui était détruite dans le centre. La portion la plus périphérique de cette membrane semblait conservée en haut. Des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent sur la procidence, alternées avec des cautérisations sur les paupières, avec divers collyres et avec des instillations fréquentes d'atropine, avaient produit l'abaissement complet du staphylôme, la formation d'une cicatrice leucomateuse et la guérison des granulations. Toute la portion inférieure de la cornée était remplacée par cette cicatrice, sauf dans une ligne imperceptible de cornée encore conservée vers la sclérotique. Le 1/4 ou le 1/5 à peu près supérieur de la cornée est transparent et laisse voir l'iris à travers des nuages superficiels. A mesure que la cicatrice se consolidait au centre, qui jusqu'à la fin de décembre resta très mince en laissant presque à nu l'iris, la cicatrice ainsi que toute la cornée cédaient et se rendaient staphylômateuses.

Au commencement de janvier M. Sperino proposa l'iridectomie pour arrêter la formation du staphylôme. Le malade alla passer quelques semaines chez lui, et revint vers le milieu du mois de février: il avait regulièrement employé ses collyres de nitrate d'argent, de sulfate de cuivre, d'atropine et de laudanum etc., occlusion des paupières. La cicatrice était bien formée, mais le staphylôme était bien établi et assez proéminent. On proposa de nouveau l'iridectomie. Le malade consulta deux oculistes très

distingués, qui jugèrent l'un et l'autre qu'il n'y avait rien à faire et peu ou rien à espérer. Un d'eux conseilla la compression, qui fut très mal tolérée et reveilla des douleurs très fortes avec hémorrhagie légère par le centre de la tumeur. Les douleurs continuant, le staphylôme augmentant les parents se décidèrent, à le faire opérer.

15 avril. — Iridectomie : un lambeau assez large d'iris fut excisé. L'incision cornéale fut faite à son union à la sclérotique en haut et en dehors.

La moindre pression provoquait de la douleur; la conjonctive était très injectée; le centre du staphylôme était occupé par un petit caillot de sang; l'iris était friable et tout-à-fait au contact de la cornée ; toute la marge pupillaire était adhérente au leucoma; la cornée elle-même avait de nouveau perdu un peu de sa transparence dans sa région supérieure; le leucoma et aussi la portion restante de la cornée étaient très considérablement staphylomateux. L'opération était difficile, mais un large lambeau d'iris fut tiré au dehors avec un crochet et excisé; il n'y eut d'autre inconvénient qu'une légère hémorrhagie de la conjonctive dans la chambre antérieure. Tout le sang fut évacué, aucune réaction ne suivit l'opération. La douleur céda dès ce moment pour ne plus reparaître. L'excision de l'iris n'alla pas tout-à-fait jusqu'à l'insertion ciliaire.

Dès le lendemain l'injection avait disparu presque complètement et le staphylôme parut abaissé; à son départ, c'est-à-dire 8 jours après, la tumeur était abaissée de 2/3; cet œil distinguait les doigts.

Le jeune E..... revint le 7 juin. La douleur n'avait pas reparu non plus que l'injection. Le staphylôme était presque complètement abaissé, ou mieux il avait disparu tout à fait, sauf vers la portion inférieure interne où le leucoma était encore un peu élevé et présentait à son centre un point imperceptible noirâtre paraissant moins résistant et avoir de la tendance à se perforer.

Avant l'opération le centre du staphylôme présentait un point central identique et, comme nous l'avons vu, occupé par un petit caillot; ce point, à tendance fistuleuse, avait changé de site et s'était porté du côté opposé à la section de l'iris, de même que le staphylôme n'avait pas disparu en ce point. La portion supérieure de la cornée avait repris toute sa transparence. La pupille, qui avant paraissait petite, était large. L'iris s'était éloigné de la cornée avec

rétablissement de la chambre antérieure. Le malade lisait facilement le N° 4 de l'échelle.

On ordonne au malade, de constitution lymphatique, de continuer le régime fortifiant qu'il suivait déjà depuis le mois de janvier et les bains de mer. Si le staphylôme n'est pas complètement abaissé, on obtiendra une complète guérison au moyen d'une excision d'iris du côté supérieur interne.

Il revint en avril 1862. Après un an de guérison tout-à-fait stable, des efforts prolongés de la vue, pendant plusieurs mois, surtout à la lumière, dans le collége où il continue ses études, lui firent ressentir de légères douleurs. La cicatrice a cédé légèrement. La tumeur fut percée à plusieurs reprises avec un crayon acuminé de nitrate d'argent de façon à maintenir pendant près d'un mois une fistule permanente, qui se ferma d'elle-même. On obtint ainsi une guérison qui paraît stable, malgré des efforts peut-être exagérés de la vue.

CLIII.

Staphylôme opaque partiel rebelle à la cautérisation, à la compression et aux évacuations. — Iridectomie. — Guérison.

Rose B...., âgée de 23 ans, de Leri, entre le 17 décembre 1860, affectée de staphylôme total de la cornée droite.

Les 3/4 inférieurs de la cornée droite sont occupés par un leucoma avec synéchie antérieure. La cornée est tellement staphylomateuse et de forme conique, qu'elle peut à peine fermer les paupières. Le centre du cône, qui est situé un peu plus bas que le centre de la cornée, est ulcéré. Il y a une forte injection péricornéale des vaisseaux conjonctivaux; sclérotique tendue et bleuâtre, sillonnée de vaisseaux variqueux. La portion transparente de la cornée présente quelques taches superficielles, et derrière elle on voit l'iris presqu'en contact immédiat avec la cornée. On ne peut apercevoir la pupille; je dois noter que la portion non leucomateuse de la cornée a cédé un peu moins et que, par conséquent, le staphylôme formé par la portion leucomateuse paraît l'avoir tirée en avant sans lui imprimer un degré aussi fort de convexité.

D'un tempérament sanguin lymphatique, travaillant à la campagne, elle a toujours eu une excellente santé; mariée depuis 2

ans, elle a eu deux enfants, encore vivants et bien portants, dont le second a 5 mois et qu'elle nourrit. Au 7me mois de la dernière grossesse, qui ne causa aucune perturbation sensible dans sa santé, elle commença à souffrir de l'œil droit. Elle avait de la photophobie, larmoiement et douleurs endo et périorbitaires plus prononcées ordinairement vers le soir. Cette ophthalmie céda assez bien à deux saignées du bras, mais la vue resta légèrement obscurcie et elle ne se remit jamais complètement de la fatigue légère qu'elle éprouva après ces saignées. Elle eut d'assez fréquents retours de douleur avec photophobie, pendant et après sa grossesse; ces ophtalmies duraient quelques jours seulement et laissaient toujours après elles un obscurcissement plus fort de la vue. Il y a 2 mois ces symptômes augmentèrent d'intensité; les douleurs périorbitaires s'étendirent aux tempes et au front. Ces douleurs cessèrent après quelques jours. Elles reparurent deux ou trois fois; chaque fois elles cessaient assez rapidement, et cette amélioration coïncidait avec un larmoiement plus prononcé (probablement le staphylôme se perforait alors).

La vue depuis deux mois est complètement abolie et aujourd'hui à peine distingue-t-elle la clarté d'une lampe placée devant l'œil. Les douleurs en ce moment sont très fortes et depuis quelques jours elle ne peut plus dormir.

On perfore le staphylôme dans son centre, et il sort une assez grande quantité d'humeur aqueuse. On ordonne de fréquentes instillations d'atropine, et les paupières sont fermées avec des bandelettes de taffetas. La douleur se calma de suite après cette ponction pour reparaître quelques jours après. On répéta plusieurs fois la ponction et les instillations deux fois par jour. On n'observa d'autre changement que la diminution de la douleur et de l'injection péricornéale. On tint toujours les paupières fermées pendant une grande partie de la journée et pendant la nuit. On avait donné un léger purgatif le 20 décembre pour remédier à une constipation qu'elle avait depuis trois jours. Applications glacées fréquentes sur les yeux.

4 janvier 1860. — Aucune amélioration. On recourut à la cautérisation du sommet de la tumeur avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation fut répétée trois fois du 4 au 22 janvier et combinée également avec les instillations et, lorsque le bulbe était mou par la sortie de l'humeur aqueuse, avec un peu de compression sur le bulbe faite avec de la charpie et une bande pressée

au-devant des paupières. La compression, quoique légère, fut toujours mal tolérée. On obtint cependant la diminution de volume du staphylôme, qui s'abaissa à peu près d'1/3. La portion conservée de la cornée était devenue limpide par la disparition des taches, en même temps que l'injection avait disparu. L'injection, devenue plus forte sous la compression, disparut complètement lorsqu'on la cessa, c'est-à-dire après le 20 janvier.

Mais, si l'on avait obtenu cette amélioration, elle fut loin d'être durable. En effet le staphylôme augmentait de nouveau après quelques jours, lorsque la cicatrice s'était reformée.

A cette époque on voyait 1/4 à peu près de la marge pupillaire libre, située immédiatement au-dessus du leucoma, et une très petite portion de pupille qui permettait déjà de voir passer la main devant l'œil, sans qu'elle pût compter les doigts. L'iris paraît s'être éloigné un peu de la cornée, de façon que la chambre antérieure existe.

Les douleurs avaient presque cessé.

On avait toujours continué les instillations d'atropine.

Du 19 au 30 janvier on ne fit aucun traitement, sauf quelques instillations d'atropine et une purgation donnée le 20.

Le 30 janvier les douleurs ont reparu assez fortes; depuis quelques jours le staphylôme a augmenté et a repris son volume primitif, ainsi que l'injection péricornéale et la diminution de la chambre antérieure.

On fait l'excision d'un large lambeau d'iris tiré au dehors avec une pince par une incision linéaire faite tout-à-fait en haut à l'union de la cornée à la sclérotique.

L'iris, qui paraît altéré, se déchire et on doit à plusieurs reprises réintroduire la pince pour le saisir.

Pansement ordinaire, réaction nulle, évacuation le soir et le lendemain matin: le 2 février le staphylôme est abaissé d'1/3; l'injection a disparu, sauf près de l'incision cornéale. La douleur a cessé tout de suite après l'opération. Elle voit la main.

Le staphylôme continue à s'affaisser de jour en jour, au point que le 10 février il est réduit à 1/3 à peu près de son volume primitif. La vue devient également meilleure et elle voit d'assez petits objets, tels qu'une plume, un clou..... La pupille étant cachée sous la paupière supérieure, elle sert peu pour la vision. En outre elle est assez petite.

Elle sort le 14 février. La portion transparente de la cornée

a repris sa convexité presque normale. La sclérotique a sa couleur normale.

Elle revient le 8 avril de la même année. La guérison ne s'est pas démentie. Le staphylôme a complètement disparu et il ne reste qu'un leucoma très-étendu; mais la pupille, cachée déjà par la paupière supérieure, a disparu en partie derrière un point opaque de la cornée, probablement dans le mouvement de rétrocession de la cornée. On fait en haut et au dedans une belle pupille. L'iris ne se déchire plus comme à la première opération, et cette pupille permet à la malade de lire des caractères N° 5 de l'échelle de Jaeger. La chambre antérieure avait augmenté de dimension dans le sens antéro-postérieur et l'introduction des instruments fut plus facile; elle parut augmenter encore.

Elle sort de nouveau le 10 mai.

CLIV.

Staphylôme opaque partiel de la cornée — Congestion de la choroïde et hydrophthalmie postérieure. — Iridectomie. — Guérison.

Jaques V....., âgé de 9 mois, de Barge, entre le 13 août 1860.

Leucoma vaste, central et presque total de la cornée gauche. Staphylôme partiel opaque du tiers inférieur de la cornée droite avec synéchie antérieure, congestion de la choroïde, hydrophthalmie postérieure légère et ectasie sclérotícale péricornéale, dureté du bulbe. Cécité complète, suite d'ophthalmie purulente.

Il avait été soigné déjà du 4 janvier au 18 même mois pour leucoma vaste de l'œil droit, staphylôme leucomateux de la cornée gauche, suite d'ophthalmie purulente. Les cautérisations palpébrales avaient produit une amélioration sensible, mais non durable.

On fit l'iridectomie aux deux yeux du côté interne. Un large lambeau d'iris fut excisé dans les deux yeux, malgré l'indocilité du petit malade, la friabilité de l'iris et ses adhérences. Trois jours après l'opération le staphylôme cornéal s'abaissait et il avait disparu au moment de la sortie. Le volume du bulbe et la couleur bleuâtre péricornéale diminuèrent considérablement. Le petit malade essaie de voir la main, qu'il saisit. Mais on ne peut

s'assurer si la vue n'est point limitée seulement à l'œil droit, ou s'il y a une petite pupille bien nette. Dans le gauche il y a une large pupille et la mère assure que cet œil acquiert chaque jour de la vue.

Le malade sort le 26 août. La dureté du bulbe a diminué.

CLV.

Leucoma total staphylomateux. — Arrachement de l'iris. Guérison du staphylôme. — Retour notable de la vue.

Marie-Thérèse F., âgée de 3 ans, de Castelnuovo-Bormida, entre le 27 mai. Staphylôme et leucoma complet de la cornée droite. Toute la périphérie de la cornée a conservé un peu de transparence dans une étendue qui varie d 1 à 2 millimètres.

Mai 27. On fait une incision à la périphérie de la cornée dans la partie interne la moins transparente, et avec un crochet on arrache une bonne portion d'iris. L'opération fut répétée une 2me fois le jour après pour arracher ce qu'il reste encore d'iris. Tout l'iris paraît avoir été arraché entièrement en dehors, en bas et en dedans. L'indocilité de la malade ne permet même pas d'évacuer le sang.

La malade voit bien mieux; elle fait quelques pas seule, en tâtonnant bien moins qu'auparavant. Le staphylôme s'est complètement abaissé. La périphérie de la cornée paraît s'éclaircir chaque jour. Elle sort le 13 juin.

On ordonne un collyre au laudanum.

CLVI.

Staphylôme opaque partiel de la cornée dans les deux yeux. Iridectomie. — Guérison.

Fortuné G., âgé de 20 ans, de Giaveno, entre le 13 mai 1860 affecté dans les deux yeux de staphylôme conique opaque, partiel et central très prononcé surtout dans l'œil gauche, avec synéchie antérieure partielle et cécité depuis un an. Les pupilles sont en partie libres. L'affection a eu pour point de départ de fréquentes kératites.

Le 14 mai on fait l'iridectomie à la partie interne dans les deux yeux; l'incision cornéale fut faite à l'union de la cornée à la sclérotique.

Les staphylômes s'abaissèrent rapidement et considérablement, et la vue augmenta encore de jour en jour jusqu'au moment de sa sortie, qui eut lieu le 14 juin 1860. Il voit les plus petits objets. La myopie, que l'on put constater, diminue en même temps que le staphylôme.

CLVII.

Staphylôme opaque partiel. — Iridectomie. — Guérison.

Jean J., âgé de quatre ans, de Racconigi, entre le 12 juin 1860 pour un leucoma staphylomateux des 3/4 inférieurs de la cornée droite, suite de conjonctivite purulente.

Opéré le 15 juin d'iridectomie. On tira avec le crochet tout ce qu'on put de l'iris. On en arracha assez pour former une belle pupille qui permet de voir de petits objets. Le staphylôme dans quelques jours s'est abaissé au moins de 2/3: il sort le 27 juin.

CLVIII.

Kératocone. — Iridectomie. — Guérison.

Graziano C., âgé de 40 ans, de Casa Bianca, entre le 27 mars 1860 affecté de kératocone, ulcères, opacités cornéales dans l'œil gauche, suite d'ophthalmie granuleuse. Le 29 mars on fait l'iridectomie en haut. Le staphylôme s'abaisse considérablement et la vue est très sensiblement améliorée. Il sort le 26 avril 1860; aucun autre traitement que de légers purgatifs.

CLIX.

Leucoma staphylomateux, suite de kérato-choroïdite. — Iridectomie sans intéresser la marge pupillaire. — Guérison complète.

Lucie G., âgée de 8 ans, native de Verzuolo, entre le 21 février 1861.

Depuis 4 mois elle a une ophthalmie intense, avec douleurs et photophobie. Depuis l'invasion de la maladie elle a eu deux fois un léger amendement de son mal, mais cet amendement n'a eu que peu de jours de durée.

Etat actuel. Blépharite ciliaire; pustules confluentes sur la cornée droite avec conjonctivite catarrhale aiguë; leucoma staphylomateux presque total de la cornée gauche, avec kérato-conjonctivite pustuleuse; œil volumineux; couleur violacée de la sclérotique dans la partie supérieure et vers son union à la cornée; injection péri-kératique en rayons; douleurs intenses péri-orbitaires et continues.

D'un tempérament scrofuleux, elle n'a jamais eu d'autres maladies.

On fait le traitement de la kératite; scarifications sur les paupières; potions émétisées.

Après 3 semaines de traitement l'œil était complètement guéri. Dans le gauche il ne reste plus que le leucoma staphylomateux des 2/3 inférieurs de la cornée. La pupille est presque libre en entier. Le 1/3 supérieur est peu transparent, encore un peu caché par de légères taches superficielles. L'injection péri-kératique n'a pas disparu et, si les douleurs et la photophobie ont beaucoup diminué, les douleurs péri-orbitaires sont plus nettement accusées encore qu'auparavant ; vue réduite à la perception de la lumière. On fait prendre à la malade du calomel à la dose de 10 centigrammes chaque jour, purgatifs, collyres d'atropine et de laudanum, qui ne produisirent aucune amélioration. On fit 5 cautérisations selon la méthode de Richter, compression, et la tumeur se reproduisait toujours.

14 avril. — Iridectomie. On excise une large portion d'iris tirée au dehors avec les pinces à travers une incision faite à l'union de la cornée à la sclérotique à la partie supérieure et externe, correspondant à la portion plus transparente: humeur aqueuse troublée; la chambre antérieure n'existait presque plus ; l'iris était au contact de la cornée.

Aucune réaction ne se déclara ; le 20 avril le staphylôme était abaissé au moins des 2/3, et chaque jour on pouvait suivre les progrès.

Le 30 avril, le staphylôme a disparu complètement et toute la cornée a pris sa convexité normale. Les taches paraissent diminuer

dans la partie supérieure de la cornée; elle voit bien les doigts: collyre de laudanum.

Le 10 mai la malade voit un fil. Les taches cèdent. L'injection périkératique a complètement disparu. On fait prendre des bains sulfureux et on traite la blépharite ciliaire.

On voit que l'iris est largement adhérent en bas à la cornée. La pupille est cependant complètement libre. La nouvelle pupille est entre le bord pupillaire et l'insertion ciliaire, à égale distance, large de 2 millimètres à peu près. Elle est encore un peu voilée par une très legère tache.

10 juin. La blépharite ciliaire est presque guérie complètement. Elle a encore des poussées d'orgeolets, elle continue les bains de soufre, la pupille est complètement à découvert et elle voit les plus petits objets. Aucune douleur ne s'est plus manifestée, et l'œil est toujours dans le même état. Les taches bleuâtres de la sclérotique sont à peine visibles.

CLX.

Choroïdite. — Staphylôme opaque partiel de la cornée. — Iridectomie. — Arrêt de l'amélioration progressive. — Evacuations. — Guérison prompte.

François R., âgé de 24 ans, natif de Sondrio, entre le 24 mars 1861. Soldat congédié de nôtre armée depuis quelques mois ; il a servi en 1858 et en 1859 dans l'armée autrichienne; pendant ce temps il fut presque continuellement dans les hôpitaux pour des ophthalmies intenses, avec douleurs périorbitaires, qui, loin de céder, ne faisaient qu'augmenter. Tous les deux ou trois mois ces douleurs continues augmentaient d'intensité et il devait entrer à l'hôpital. En 1859 la cécité était complète et le gouvernement autrichien l'avait licencié. L'œil gauche ne souffrit jamais. Le malade ne sait préciser l'origine de l'affection. Elle aurait commencé en 1858.

Depuis quelques mois la vue de l'œil gauche se trouble par moments, et ce trouble momentané est surtout ressenti lorsque l'œil droit a souffert davantage pendant quelques jours.

La santé de R..... n'eut jamais à souffrir d'autre part, mais

depuis un an ces douleurs continues le rendent triste et l'ont affaibli.

Etat actuel. Staphylôme opaque partiel de la cornée droite : les 2/3 inférieurs sont staphylomateux. Tout le reste de la cornée a conservé sa convexité naturelle, et la portion la plus supérieure de la cornée a conservé sa transparence. Cette portion transparente a la forme d'une demi-lune à concavité regardant en bas, de la largeur de 2 ou 3 millimètres dans la plus grande partie de son étendue et de 4 millimètres à peu près dans l'extrémité externe du croissant.

La conservation de la portion supérieure de la cornée et la préservation du staphylôme dépendent peut-être de la pression faite par la paupière supérieure.

Le malade demandait d'être débarrassé de son œil: perception de la lumière, injection très forte péricornéale, photophobie, bulbe dur.

24. Iridectomie externe. L'incision de la cornée est faite un peu au-dessous de l'extrémité externe du croissant transparent de la cornée, sur la circonférence de la cornée ; la chambre antérieure, est très étroite, l'iris se déchire et l'on ne peut exciser qu'une très petite portion d'iris.

25. Les douleurs ont cessé quelques heures après l'opération, pour reparaître le lendemain, mais très légères.

27. Les douleurs ont continué, mais elles sont légères; l'injection est égale; le staphylôme paraît un peu abaissé.

31. Même état. La pupille est très petite et ne permet pas au malade de voir. On fait une 2me iridectomie, en faisant l'incision cornéale tout-à-fait au sommet de la circonférence de la cornée. On parvient à exciser un large portion d'iris tirée au dehors avec le crochet. Il y a un peu d'hémorrhagie, probablement à cause des adhérences de l'iris et son décollement partiel de l'insertion ciliaire supérieurement.

Aucune réaction. Les douleurs ont presque cessé peu d'instants après l'opération pour ne plus reparaître.

Le 4 avril il n'y a plus d'injection; le staphylôme est considérablement affaissé, de près de la moitié. La vue est telle qu'il voit les doigts, quoique la pupille soit encore cachée en partie par un peu de sang non résorbé.

L'amélioration continue jusqu'au 12 avril. Alors, le malade se plaignant encore de douleurs légères et continues, sans qu'il y

eût injection; la vue n'augmentant pas malgré la limpidité de la pupille, on fit la paracentèse. L'évacuation était faite deux fois par jour et fut continuée jusqu'au 20.

Depuis le premier jour la douleur diminua et, à mesure qu'elle cessait, l'humeur aqueuse devenait plus limpide et la vue augmentait, permettant au moment de la sortie de voir un fil à la distance de 30 ou 40 centimètres.

La malade sort le 22 avril.

Le staphylôme est complètement abaissé; à peine peut-on noter encore un degré de convexité de la cornée de bien peu plus grand qu'à l'état normal. Depuis le 15 il n'a plus eu le moindre ressentiment de douleur.

CLXI.

Leucoma et staphylôme antique de la cornée. — Iridectomie. — Guérison prompte et persistance de la guérison avec augmentation très prononcée de la vue.

Mathieu L....., âgé de 24 ans, natif de Volvero. Etant au service militaire, il contracta, il y a un an, une conjonctivite purulente qui produisit fusion purulente de l'œil gauche et cécité presque complète de l'œil droit. Soigné pendant plusieurs mois dans plusieurs autres hôpitaux, la conjonctivite disparut complètement, mais la vue n'améliora pas. Depuis 6 mois il a abandonné tout traitement, et il se trouve, dit-il, dans le même état qu'il était à l'époque de son renvoi du service, quant à la vue. Etat actuel, 21 mai 1861, jour de l'entrée. Le bulbe oculaire gauche est atrophié, et la cornée complètement détruite.

Œil droit. — Le centre de la cornée est occupé par un vaste leucoma solide et résistant qui envahit au moins le tiers de sa superficie. La portion périphérique est transparente et laisse voir l'iris; la moitié externe de la marge pupillaire est adhérente à la cicatrice cornéale, l'autre moitié est libre, mais la pupille, de forme semilunaire, est cachée derrière l'opacité cornéale. Du côté interne l'opacité avance un peu moins sur la cornée, et celle-ci, dans cette région, est conservée et transparente dans une étendue un peu plus grande que dans le reste de sa périphérie: en ce point la distance qui sépare le bord de

la cornée de la tache est à peu près de 4 millimètres; partout ailleurs elle n'est que d'1 à 4 millimètres.

Toute la cornée est légèrement portée en avant, et la portion leucomateuse est très fortement staphylômateuse. La portion interne de la cornée, transparente dans une plus grande étendue, et où ne s'est pas fait la synéchie, a beaucoup moins cédé que le reste de la cornée, et s'est peu écarté de sa convexité normale.

Lorsque les paupières sont fermées, on voit très manifestement la tumeur pousser en avant la paupière supérieure; il n'y a aucune injection. Les conjonctives palpébrales sont lisses, sans granulations, offrant quelques légères cicatrices; il n'y a aucune douleur. La consistance du bulbe paraît normale. Tous les phosphènes existent. Le malade distingue les doigts placés à la distance de 3 ou 4 centimètres vers la racine du nez.

Le 21 mai le malade est immédiatement opéré: un large lambeau d'iris fut tiré au dehors avec les pinces et excisé, au travers d'une incision linéaire faite sur l'union de la cornée à la sclérotique, en correspondance de la portion plus largement transparente de la cornée.

Il ne survint aucun accident. Le malade vit de suite les doigts plus distincts à la distance de 4 ou 5 centimètres, et pas au delà.

L'humeur aqueuse était limpide et plutôt abondante.

On ne nota aucun changement de forme, ni de volume dans la tumeur.

Aucune réaction ne survint.

Le 23 mai la cicatrice est bien formée. Le staphylôme est évidemment abaissé au moins d'1/3. Il distingue les doigts à la distance d'1 décimètre.

24. Le staphylôme s'est encore abaissé: il voit les doigts à la distance au moins de 2 décimètres. Les portions, opaque et transparente de la cornée, s'affaissent contemporanément et dans la même mesure.

Pour mesurer plus sûrement l'affaissement de la cornée on chercha le degré de myopie au moyen de lentilles biconcaves; avec le N° 1 il put distinguer le N° 7 de l'échelle de Jaeger à la distance de 5 centimètres. Le malade ne sachant pas lire, on jugeait que la vision des caractères d'imprimerie était distincte lorsqu'il voyait les lettres séparées les unes des autres.

27 mai. Il distingue le N° 7 avec les N^os concaves d'1 à 5 à la distance de 7 au 8 centimètres; il voit les doigts à la distance

de 20 centimètres près de l'œil il voit le trou d'une aiguille, sans lunettes.

Le staphylôme est abaissé au moins de la moitié.

30 mai. — Amélioration prononcée du staphylôme; avec le N° 6, il distingue les lettres N° 7 de l'échelle; il sort le 30 mai.

Le malade se représente le 2 juin: il distingue le même caractère (N° 7) avec un lentille N° 7.

6 juin. Le staphylôme a presque disparu: il voit à œil nu le N° 4.

CLXII.

Staphylôme opaque total. — Arrachement de l'iris. — Evacuations. — Guérison du staphylôme. — Amélioration notable de la vue.

Marco C., âgé de 52 ans, de Murisengo, entre le 4 juin 1861, affecté de staphylôme opaque total de la cornée droite, de forme sphérique. Il y a quelques points à la périphérie de la cornée qui ont conservé un peu de transparence. Il y a deux mois il reçut sur cet œil un coup qui causa une violente ophthalmie qui ne diminua d'intensité qu'après 12 jours de traitement antiphlogistique énergique. La douleur ne disparut pas et devint si intense que le malade ne peut plus supporter son œil, nous dit-il. Il y a injection péricornéale.

6 juin. On excise un lambeau d'iris, et on arrache avec le crochet un autre lambeau assez large. L'excision cornéale fut faite en dehors et en haut, au-dessous d'un point où la cornée est un peu transparente. La douleur cessa dès ce moment, et le staphylôme au 8 juin était abaissé de moitié. Le 11 et le 12 juin, le malade, ressentant un peu de gêne et de tension oculaire, on ponctionna le centre du staphylôme. Il sortit un peu d'humeur aqueuse trouble. Depuis lors, il n'a plus souffert. Quoique la pupille soit à peine visible, il distingue et compte les doigts. Le staphylôme est abaissé de 2/3 le 22 juin, jour de la sortie.

CLXIII.

Leucoma des deux cornées. — Iridectomie dans un œil. — Congestion de la choroïde à deux reprises guérie par quelques évacuations de l'humeur aqueuse. — Formation d'un staphylôme cornéal dans l'œil non opéré d'iridectomie. — Guérison par les évacuations.

Pascal Z., âgé de 40 ans, de S. Germano, était entré le 12 et resté jusqu'au 21 mars 1860 pour leucoma du tiers supérieur de la cornée droite avec synéchie antérieure, et leucoma vaste central de la cornée gauche; suites de conjonctivite purulente soignée chez lui.

On fit dans l'œil gauche une belle pupille externe par iridectomie.

Il rentra le 29 avril.

La vue de l'œil gauche a baissé un peu; il ne peut pas lire. Dans l'œil droit, le leucoma a cédé et il y a léger staphylôme; les conjonctives sont injectées autour de la cornée; les bulbes oculaires sont durs; la vue est presque nulle (il voit les doigts, mais ne peut pas lire) dans l'œil droit, quoique la pupille soit à moitié libre. Il y a douleurs périorbitaires, lancinantes par moments du côté droit, sens de tension oculaire des deux côtés. Cette douleur et l'abaissement de la vue des deux côtés datent de 15 jours. Quelques vaisseaux s'avancent sur le staphylôme. On donna des potions stibiées à haute dose jusqu'au 3 mai; on ordonna des applications froides sans résultat. On fit la paracentèse le 3 mai (4 évacuations) aux deux yeux; elle fut répétée le 8 mai. Dans l'œil droit, les douleurs ont disparu dès le 3 mai. Dans l'œil gauche, la vue a reparu très rapidement, et le 8 mai il lisait les gros caractères. Dans l'œil droit la vue améliora progressivement. Le 10, jour de sa sortie, il lit avec peine de gros caractères. L'injection a disparu des deux côtés; le staphylôme a presque disparu. Les bulbes de consistance normale.

Il rentre le 15, se plaignant de légères sensations de tension oculaire, avec obscurcissement léger de la vue dans les deux yeux. Paracentèse le 16 mai (4 évacuations). Le 17 juin il sort lisant des deux yeux, plus facilement du droit, les caractères 3 et 4. Le staphylôme n'a pas laissé de traces.

CLXIV.

Staphylôme opaque presque total de la cornée. Iridectomie. — Guérison.

Dominique V., âgée de 13 ans, native de Livourne, paysanne, entre le 9 mai 1861.

Elle a eu de fréquentes ophthalmies avec photophobie, et de courte durée; d'une constitution scrofuleuse, elle a un chapelet de ganglions engorgés sous-maxillaires, dont quelques-uns même suppurent; très frêle, elle n'a jamais joui d'une bonne santé.

Les 3/5 inférieurs de la cornée gauche sont couverts d'un vaste leucoma. La partie supérieure externe de la cornée à peu près transparente, en forme de croissant, a conservé sa convexité à peu près normale, mais le leucoma est si fortement staphylomateux que les paupières peuvent à peine le recouvrir.

La chambre est à peu près abolie, et l'iris est presque en contact de la cornée dans la portion à peu près transparente. La malade a une sensation très prononcée de la lumière, et elle compte les doigts; on voit avec difficulté la pupille, dont une grande portion est adhérente. Injection sous-conjonctivale très forte. Anneau vasculaire rayonnant, péricornéal. Point de douleur.

9 mai. Iridectomie à la partie supérieure externe. On excise une large portion d'iris tirée au dehors à travers une incision faite à l'union de la cornée à la sclérotique. Pas d'accidents, pas de réaction. Le 11 le staphylôme paraît s'abaisser. La pupille est belle, visible. Les opacités très superficielles qui obscurcissaient la cornée ont disparu. Il n'y a plus d'injection, sauf près de la cicatrice cornéale. La chambre antérieure paraît avoir augmenté de dimension.

20. Le staphylôme est très abaissé: au moins des 2/3. Elle voit une aiguille et distingue toutes les couleurs un peu vives.

28. Cornée de convexité normale.

CLXV.

Staphylôme opaque partiel de la cornée.
Cautérisations, ponctions de la tumeur sans résultat durable.
Iridectomie. — Guérison.

Noël M..., âgé de 9 ans, de Moncalieri, entre le 25 mars 1860, affecté de staphylôme opaque de la cornée gauche dans sa moitié inférieure et externe; il souffre depuis plusieurs années d'ophthalmie scrofuleuse. Depuis trois ans l'œil se trouve dans l'état que je viens de décrire, avec cécité.

On fit de nombreuses cautérisations avec le nitrate d'argent, puis avec le nitrate acide de mercure, et de nombreuses ponctions du centre du staphylôme suivies de compression.

On obtint une légère amélioration du staphylôme, qui cependant tendait toujours à augmenter de nouveau. La marge pupillaire devint complètement adhérente à la cornée.

10 juin. On fait l'iridectomie du côté interne. Le cristallin est opaque, mais la pupille, qui arrive jusqu'à l'insertion ciliaire, est libre dans un assez grand espace pour permettre l'arrivée des rayons lumineux dans l'œil. Peu de jours après on constate l'abaissement progressif et rapide du staphylôme, qui avait complètement disparu vers la fin du mois de juin. Le malade sort le 6 août. Il voit les plus petits objets. Le staphyôme n'a plus eu aucune tendance à se reproduire.

CLXVI.

Leucoma presque total staphylomateux.
Iridectomie. — Guérison.

Jacques C..., âgé de 4 ans, de Valmola, entre le 7 juin 1860, affecté de leucoma staphylômateux de la cornée droite, et fusion complète de l'œil gauche. Le staphylôme est très élevé. Un segment de la cornée, de forme semilunaire, de la largeur de 4 millimètres dans sa partie la plus large, a conservé sa transparence dans la partie supérieure. Cette affection est le résultat d'une ophthalmie purulente qu'il eut en nourrice.

Par une incision faite à l'union de la cornée à la sclérotique,

on tira avec un crochet et on excisa une large portion d'iris. L'opération ne put donner qu'un résultat médiocre pour la vue, car la paupière recouvre la pupille. Le malade se dirige assez facilement, il distingue les objets de moyenne grosseur. Quant au staphylôme, il s'est considérablement abaissé; au moins des 3/4.

Le malade sort le 24 juillet 1860. Il se représente en novembre 1860. La pupille est très utile. L'œil et la paupière se sont disposés de façon à laisser la pupille à découvert. Il n'y a pas de trace de staphylôme.

CLXVII.

Staphylôme opaque partiel cornéal.
Iridectomie. — Guérison.

Pauline V..., âgée de 6 ans, de Castellazzo, entre le 4 février 1860, affectée de staphylôme interne inférieur opaque de la cornée gauche. Synéchie antérieure et postérieure, et cataracte centrale superficielle.

Pupille artificielle supérieure externe par iridectomie. Guérison complète du staphylôme, et vue des objets les plus petits. Elle sort le 20 avril. La guérison ne s'est point démentie.

CLXVIII.

Staphylôme opaque partiel très volumineux. — Iridectomie — Abaissement de la tumeur. — Quelques évacuations. — Guérison. — Deux récidives à peu de jours d'intervalle. — Evacuations. — Guérison définitive.

Jean A. S..., d'Alba, âgé de 27 ans, ex-soldat, de bonne constitution, un peu hypocondriaque, entre le 23 mai 1862 pour staphylôme opaque partiel sphérique de la moitié inférieure de la cornée droite, avec trychiasis partiel à la paupière supérieure. La tumeur est assez volumineuse pour empêcher les paupières de se fermer exactement. Plusieurs taches leucomateuses marquent les diverses ruptures du staphylôme. Pupille adhérente en avant dans sa moitié inférieure.

On opéra d'abord le trychiasis par la méthode de Jœger.

31 mai. Iridectomie du côté interne: on exporta un large lambeau d'iris, et la pupille est très-large. Evacuations successives de l'humeur aqueuse et de quelques gouttes de sang, à plusieurs reprises. La tumeur s'abaisse de suite de la moitié. Pansement ordinaire.

2 juin. La tumeur s'est soulevée légèrement sans reprendre son volume primitif. Le malade s'est levé; ponction au sommet de la tumeur; évacuations répétées chaque jour une fois jusqu'au 9.

La tumeur a presque disparu. Le malade ne sent plus aucune sensation de pesanteur comme auparavant. La sclérotique, un peu bleuâtre, a pris une couleur blanche.

11. La cornée très amincie cède un peu et on peut prévoir qu'elle cédera facilement jusqu'à ce qu'elle se soit fortifiée. Ponction à la périphérie, évacuations (une chaque jour) jusqu'au 28. La tumeur reste toujours effacée, pupille belle, vue bonne.

1 juillet. Légère recrudescence. La tumeur se soulève un peu; nouvelles évacuations (par la même ponction périphérique) jusqu'au 7.

Régime tonique. Instillations de laudanum. Collyre de sulfate de cuivre. Il sort le 4 septembre. Pas de récidive.

CLXIX.

Staphylôme partiel opaque. — Iridectomie. — Guérison. — Récidive. — Evacuations avec succès définitif. — Retour complet de la vue très gravement altérée depuis longtemps.

Magdeleine F..., âgée de 17 ans, de Saluce, jouissant d'une excellente santé, entre le 6 août 1862.

Il y a vers la partie inférieure de la cornée gauche un petit staphylôme avec synéchie antérieure sans difformité de la pupille. La tumeur est formée par un petit segment de pseudo-cornée, très blanc, dense, relevé au-dessus du reste de la cornée qui est toute entière plus convexe, ressemblant à un petit bouton d'albumine coagulée superposé à un staphylôme pellucide total

avec synéchie. Elle ne peut lire depuis un an de cet œil qui est assez dur.

7 août. Iridectomie au côté externe. Large pupille. Une évacuation le soir. Pansement ordinaire.

11. La malade est levée, la tumeur est presque complètement aplatie, cornée de convexité normale.

14. Plus de trace de la tumeur excepté le leucoma.

18. Soulèvement léger de la cornée et de la tumeur (la malade a ses règles). Ponction au lieu même de l'incision cornéale faite pour l'iridectomie. Evacuations (une par jour) jusqu'au 24. Disparition de la tumeur dès le 19.

29. La tumeur et la cornée se soulèvent de nouveau un peu. Evacuations par la même ouverture jusqu'au 2 septembre. Abaissement complet de la tumeur.

17 septembre. Pas de récidive. La malade lit le n° 1 de cet œil. Elle sort.

---

§ 2. *Procidences graves de l'iris à travers une destruction large et centrale de la cornée.*

On se trouve quelquefois en face d'une affection de l'œil, très grave et contre laquelle le praticien a peu de ressources. Un ulcère vaste et central de la cornée s'est largement ouvert. L'iris fait hernie, et, selon le degré de résistance, selon l'étendue de l'ulcération et de la perforation, la cornée a cédé plus ou moins en se portant en avant. L'iris est encore presque à nu, à peine recouvert de lymphe ou d'une pseudo-cornée encore transparente. La région cornéale représente un cône dont le centre renflé est formé par l'iris gonflé et débordé au devant des bords de l'ouverture dont on ne peut juger exactement l'étendue. Le reste de la cornée, ulcéré, ramolli, a un aspect peu différent de la procidence même de l'iris. Il y a encore chémosis péricornéal qui atteste du violent degré d'inflammation qui accompagne cette affection.

Je ne parle pas ici cependant des premiers moments où l'iris a fait hernie; on doit alors recourir aux moyens curatifs ordinaires. Lorsque la procidence de l'iris est arrivée au point de devoir causer un staphylôme partiel ou total de la cornée, la cautérisation, la récision, la ponction de la tumeur, comme les autres moyens recommandés jusqu'ici, sont souvent insuffisants pour empêcher la formation du staphylôme qui nécessitera tôt ou tard quelque opération.

Dans ces circonstances, on ne doit pas tarder à opérer l'excision d'un large lambeau d'iris, mais non de la portion

qui fait hernie. Une incision est faite à la circonférence de la cornée, et par cette incision on saisit avec les pinces ou un crochet, l'iris qui est excisé au dehors. L'opération est des plus délicates. A peine peut-on bien distinguer le point d'union de la cornée à la sclérotique, la cornée opaque ne permet pas de bien suivre le couteau qui doit, à peine faite la ponction, raser la face postérieure de la cornée, contre laquelle est appliqué l'iris. L'iris adhérent, et souvent friable, ne peut être saisi qu'avec difficulté.

Au moment même de l'opération, ou, pour mieux dire, pendant que la pince tire au dehors l'iris, on voit la tumeur centrale s'affaisser. Quelques instants après, la reproduction de l'humeur aqueuse la fait quelquefois reparaître un peu, mais beaucoup moins qu'elle ne l'était auparavant. On ne peut que bien rarement et difficilement apercevoir trace de la pupille, quoique l'on choisisse naturellement le point de la cornée qui paraît le moins ramolli, le moins altéré. L'humeur aqueuse s'écoule en abondance au moment de l'excision; elle se reproduit vite, mais, comme nous l'avons dit, la reproduction ne fait augmenter que peu la tumeur.

Il y a presque toujours hémorrhagie de la conjonctive; si l'on a opéré plutôt sur la sclérotique, le fond de laplaie donne aussi du sang pendant quelques instants. L'iris lui-même donne quelques fois un peu d'hémorragie; on répète alors avec le stylet l'évacuation jusqu'à ce qu'il ne reste plus de sang; on applique immédiatement des compresses glacées. Le pansement consécutif n'est en rien différent de celui qu'on emploie ordinairement, à moins que la sécrétion conjonctivale n'exige quelques cautérisations légères dans les jours qui suivent l'opération.

La cause de l'abaissement de la tumeur dans le temps même de l'opération est due à l'étirement d'avant en arrière fait sur l'iris hernié qui doit rentrer, et qui n'a plus de tendance à faire hernie parceque la pression faite par l'humeur aqueuse a disparu. L'humeur aqueuse trouve son issue par la pupille et par l'ouverture faite à la périphérie de la cornée. Mais il est un autre fait principal au-

quel est dû probablement en grande partie le résultat obtenu.

Lorsque la cicatrice se ferme, on pourrait craindre que l'humeur aqueuse n'ayant plus d'issue, ne reproduise pression sur l'iris, et que la tumeur ne doive se réformer ; il n'en est rien. Lorsqu'une portion assez large d'iris a été excisée, qu'une certaine étendue de la cornée a été conservée, on voit dès le jour même, ou dans le jour qui suit l'opération, l'ulcère se déterger et la tumeur s'affaisser encore. On peut aussi apercevoir la pupille dans les premiers jours, parce que la cornée s'éclaircit. En même temps que la procidence centrale diminue on voit la cornée s'affaisser jusqu'à ce qu'elle finisse par devenir tout-à-fait aplatie. Quant à l'ulcération, elle se cicatrise peu à peu de la périphérie vers son centre, et ce travail de cicatrisation devient bien manifeste par la couleur gris-cendre chaque jour plus foncée qu'on voit surtout au centre, là où la cornée a été le plus profondément altérée.

A mesure que la cornée s'affaisse on est étonné de voir que la portion de cornée que l'on a pu sauver est bien plus étendue qu'on aurait pu l'espérer au début. Les parties les plus périphériques deviennent complètement transparentes, et il ne reste plus que le leucoma qui remplace la procidence, avec quelques légers albugos autour de ce leucoma.

Les taches les plus excentriques et plus superficielles disparaissent aussi peu à peu de la périphérie au centre, et le leucoma et les albugos qui subsistent occupent une étendue bien moins grande qu'on pouvait le craindre. Quant au chémosis et à l'injection, elles disparaissent dans le même ordre. La conjonctivite cède aussi avec assez de rapidité aux moyens topiques employés et à quelques scarifications.

Lorsque la cornée n'a pas été aussi gravement altérée, ces taches disparaissent bien vite: la procidence disparaît dans l'espace de quelques jours. La cornée ne s'aplatit pas non plus autant, et, si elle a perdu d'abord un peu de sa convexité, elle la reprend bientôt, en même temps que l'i-

ris s'en éloigne, que la synéchie paraît diminuer d'extension, et que la pupille devient plus grande.

Ce même fait on peut l'observer également lorsque l'affection a grandement altéré la cornée, mais il est très-long à s'effectuer. La cornée reste aplatie pendant quelques semaines, mais chaque jour le malade accuse un léger degré d'amélioration de la vue qu'on pourrait n'attribuer qu'à l'éclaircissement de la cornée, si l'on ne voyait l'iris et la pupille, jusque-là à contact immédiat de la cornée, se porter peu à peu en arrière, et s'en éloigner. Au bout d'un certain temps on voit que la cornée reprend un peu de convexité, jusqu'à ce qu'enfin, après un temps variable de deux ou trois semaines à quelques mois, cette convexité ne devienne presque tout-à-fait normale en même temps que la synéchie parait diminuer d'extension.

Comment agit ici l'iridectomie? L'affaissement de la tumeur au moment même de l'opération et dans le peu de jours qui la suivent, peut bien trouver son explication dans la diminution de la tension oculaire par l'iridectomie et la sortie de l'humeur aqueuse. Quant au phénomène de la continuation de l'amélioration, de l'affaissement complet de la cornée et de la tumeur, puis de la reformation consécutive de la chambre antérieure, on peut avec raison supposer que la communication des deux chambres y concourt puissamment. L'humeur aqueuse pénétrant entre la cornée et l'iris les refoule l'un et l'autre en sens opposé, et en les séparant ainsi peut même rompre quelques-unes de leurs adhérences. La pupille s'agrandit pour le même motif.

Au moment où l'opération est pratiquée, l'œil est ordinairement mou, ce qui en augmente les difficultés: cette diminution de consistance du bulbe dure encore pendant quelque temps, non seulement après que l'incision cornéale est cicatrisée, mais aussi après que la procidence a été remplacée par un leucoma dense, en un mot lorsque l'humeur aqueuse ne peut plus s'écouler. A mesure que le second ordre de phénomènes s'opère, c'est à dire, la réap-

parition de la chambre antérieure, l'œil reprend peu à peu toute sa dureté. On observe ici ce que l'on peut constater aussi lorsqu'on opère une pupille dans un œil mou dont la cornée largement ulcérée pendant longtemps dans toute sa profondeur, s'est cicatrisée avec synéchie complète. Le rétablissement de la communication des deux chambres non-seulement fait augmenter la dimension de la chambre antérieure, mais aussi, après un temps plus ou moins long, redonne peu à peu au bulbe sa consistance primitive.

Que le rétablissement de la communication des deux chambres doive avoir une certaine influence dans ces résultats, on en a une preuve certaine dans le fait que, lorsque l'iris n'a pu être excisé que dans une petite extension, on voit au bout de quelques jours la procidence se reformer, à mesure que la pression, un moment cessée, se reproduit. Alors cette pression se produit directement sur la face profonde de l'iris, et non à la fois sur la face antérieure de l'iris et la postérieure de la cornée. Si on opère une deuxième fois de façon à établir une pupille, on voit alors la guérison se produire comme nous l'avons dit. On peut bien voir du reste, dans une des observations qui suivent, que la portion de cornée encore conservée, étant trop petite pour permettre la formation de la chambre antérieure, l'iris eut longtemps tendance à se porter en avant.

Quelle que soit l'apparence de destruction de la cornée, quelle que profonde et étendue que paraisse l'ulcération de la portion encore existante de la cornée, on ne peut juger *a priori* du parti qu'on peut encore en tirer en opérant ainsi.

Dans quelques-unes des observations qui suivent, l'aspect de l'œil était tel que l'on pouvait craindre que la seule pression faite avec le couteau ne fît éclater complètement la cornée, et cependant le résultat dépassa tout espoir. Chez deux individus l'iridectomie dut être opérée une deuxième fois: chez l'un parce que, malgré l'excision de l'iris, il ne s'était pas fait de pupille ; dans l'autre cas plus heureux, parce que du côté opposé à la première pupille la cornée avait acquis plus de transparence. Jamais la fonte de l'œil ne

suivit cette opération faite dans des cas désespérés. Et là encore où il était impossible d'espérer autre chose qu'une perception plus grande de la lumière, la formation du staphylôme fut empêchée ; et toujours la cicatrisation cornéale se fit avec une grande rapidité. Lorsque la destruction complète n'aura pas envahi plus de quatre cinquièmes de la cornée, on pourra avec raison espérer de procurer un peu de vue à un œil condamné si l'on emploie les moyens ordinaires.

Cette opération a été pratiquée, comme on peut le voir, dans des procidences de l'iris à travers des ulcères de la cornée, même lorsque la conjonctive était encore gravement malade et le succès ne fut pas moins prononcé. Quelques malades se trouvaient encore presque dans l'état d'acuité de purulence de la conjonctivite. Les quelques jours de retard dans l'emploi des caustiques modificateurs n'empêchèrent pas la rapidité de l'amélioration. Peu à peu les collyres étaient repris et agissaient avec plus d'efficacité qu'avant l'opération.

Je crois pouvoir conclure des faits que j'ai observés que l'on doit recourir à l'iridectomie non-seulement lorsque les moyens ordinaires se montrent impuissants à arrêter l'affection cornéale, mais qu'il est necessaire de la pratiquer sans retard avant que l'affection soit arrivée au degré extrême de gravité. En agissant promptement, on empêche non-seulement la formation du staphylôme beaucoup mieux que par les cautérisations, la récision de l'iris ou tout autre moyen, mais surtout on arrête les progrès d'adhésion de l'iris à la cornée, on diminue l'extension de la synéchie, on rétablit plus tôt la communication des deux chambres, et l'opération est souvent plus facile.

CLXX.

Procidence très grave de l'iris au travers de la cornée presque complètement détruite. — Iridectomie. — Pupille utile pour la vue.

Spirita M..., âgée de 54 ans, native de Villa-Costanza, paysanne de bonne constitution, lymphatique, entre le 19 mars 1861.

Elle a eu une ophtalmie purulente il y a 3 mois. L'œil gauche, puis le droit furent successivement envahis, et elle ne recourut au secours de l'art que lorsque la cécité fut complète dans les deux yeux. On la saigna 4 fois, nous dit elle : on fit quelques cautérisations sans aucune amélioration.

Le 19 mars elle se présenta pour la première fois.

La cornée droite est remplacée presque entièrement par une procidence de l'iris très vaste, très élevée, recouverte d'une pseudo-membrane mince. La partie la plus périphérique de la tumeur est récouverte par une bande très étroite de la cornée, qui est très amincie, opaque, et se confondant insensiblement avec cette pseudo-membrane étendue comme un voile grisâtre au-devant de l'iris. La tumeur est bosselée d'un gris noir, plus foncée à la péripherie, de forme conique très prononcée. Il n'y a pas de douleur, pas de sécrétion conjonctivale, mais il y a injection conjonctivale très prononcée et chémosis léger autour de de la cornée. Les cils sont complètement détruits, la conjonctive palpébrale boursouflée.

L'œil gauche est complètement détruit et atrophié.

Cécité. Elle a perception de la lumière.

Le 20 mars fait une large excision de l'iris tiré au dehors par une incision pratiquée à l'union de la cornée à la sclérotique du côté interne. Malgré l'abolition de la chambre antérieure et la diminution de consistance du bulbe, l'opération réussit bien. Au moment où l'iris est saisi et porté au dehors avec les pinces, la procidence diminue un peu au centre : on ne voit pas de pupille.

Le 24 l'injection et la chémosis ont diminué. Du reste l'œil est dans le même état, et on fait du côté externe la même opération. La procidence s'abaisse aussi au moment de l'opération. Il y a un peu d'hémorrhagie ; on évacue le sang 2 ou 3 fois avec l'humeur aqueuse très peu abondante. On voit une petite pupille. Le soir la tumeur qui s'était affaissée beaucoup dans toute son étendues, a repris sa convexité générale primitive, mais le centre du staphylôme n'est plus pointu comme auparavant. Le staphylôme a perdu un peu de sa forme conique, pour approcher de la forme sphérique.

Pendant les jours qui suivent, l'œil est stationnaire. On voit seulement que la pseudo-membrane s'épaissit de la périphérie vers le centre, et la portion encore existante de la cornée se dessine mieux, en devenant plus transparente en même temps que la pseudo-membrane devient opaque.

Depuis le 3 avril la tumeur s'abaisse considérablement; à chaque visite on voit la procidence diminuer, et disparaître de la périphérie au centre; chaque jour la tumeur et la procidence se limitent vers le centre.

Le 10 avril la procidence de la cornée a disparu, et même la cornée est devenue plus aplatie qu'elle ne l'est à l'état normal. La pupille a disparu peu à peu. La vue qui s'était un peu améliorée, au point de voir plus distinctement une bougie, a disparu.

On ne fait dès lors autre chose que quelques instillations de collyre de sulfate de cuivre, ou de nitrate d'argent pour diminuer la sécrétion palpébrale. Quelques scarifications palpébrales, quelques purgatifs légers avaient été les seuls coadjuvants employés jusques là.

Le centre de la cornée devient chaque jour plus opaque et solide, et à mesure que la bande cornéale périphérique, de la largeur de 2 ou 3 millimètres s'éclaircit un peu, on voit que l'iris est devenu complètement adhérent à la cornée et à la cicatrice qui se sont complètement aplaties.

Le 10 mai on tente l'iridectomie de nouveau, du côté externe plus transparent; avec un crochet on tâche de saisir l'iris. On put en arracher quelques bribes, en raclant pour aussi dire contre la cornée, assez cependant pour former une petite pupille dont les bords sont complètement adhérents à la cornée, la chambre antérieure étant complètement éffacée.

Cette dernière opération permet à l'infirme de distinguer confusément les doigts de la main. Les instillations de laudanum paraissent, depuis cette dernière iridectomie, procurer une diminution légère des albugos qui voilent la cornée à sa périphérie. Elle sort le 15 mai.

1 juin. Elle se représente; elle marche sans guide; elle distingue un homme d'une femme à une petite distance; elle compte facilement les doigts ; la vue augmente sensiblement chaque jour.

CLXXI.

Procidence grave de l'iris. — Iridectomie.

François O..., âgé de 28 ans, de Giaveno entre le 14 mars 1861, affecté de conjonctivite granuleuse, avec ulcère à la partie supérieure de la cornée gauche, et ulcère central très vaste de la cornée droite avec procidence grave de l'iris.

Fait, le 14 mars, l'excision à l'œil droit d'un lambeau d'iris, par une incision faite à la cornée tout à fait en haut. La procidence s'abaissa un peu pendant l'opération. L'ulcère se détergea rapidement en même temps que la procidence s'abaissait de moitié dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Mais ensuite tout resta stationnaire malgré quelques collyres legers, et du reste, comme on ne voyait pas de pupille, on fit l'excision d'un autre lambeau d'iris du côté externe, le 24 mars.

Le 31 mars tout l'uclère était cicatrisé: le leucoma avec synéchie antérieure et centrale occupait 1/3 et plus de la superficie cornéale. La périphérie est restée transparente, mais la pupille s'est refermée. On le renvoie chez lui sans essayer une nouvelle iridectomie: l'iris était très friable, et dans chacune des opérations que l'on avait fait on n'avait pu que saisir de petits fragments de l'iris qui se déchirait. On espère que dans quelques mois on pourra faire une pupille.

L'œil gauche fut soigné par les moyens ordinaires: scarifications, cautérisations, quelques purgatifs précédés de portions émétisées.

Il sort le 20 avril.

CLXXII.

Procidences de l'iris aux deux yeux. — Iridectomie. — Guérison — Pupilles utiles pour la vue.

Baptiste R. .., âgé de 29 ans, entre le 20 juin 1860, affecté d'ulcère de la cornée presque totale avec procidence de l'iris dans les deux yeux, avec conjonctivité granuleuse et entropions spasmodiques légers des paupières supérieures. Il existe encore une petite portion de cornée non ulcérée, du côté interne dans l'œil droit, et en haut dans l'œil gauche, de la largeur de quelques millimètres.

On le traita immédiatement de l'entropion par le séton. On fit des scarifications, et on donna quelques purgatifs.

Le 1 juillet il y a une très légére amélioration dans l'aspect de l'ulcère du côté droit: du côté gauche l'ulcére est dans le même état, et peut-être empiré.

Iridectomie dans les deux yeux en tirant au dehors un assez grand lambeau d'iris par une incision faite sur la marge sclérotícale de la cornée dans la région correspondante aux portions non ulcérées de la cornée.

La procidence de l'iris s'abaisse pendant l'opération même, et disparaît en peu de jours, en même temps que l'ulcère se ferme de la périphérie au centre. Les pupilles sont belles, et il voit d'assez petits objets.

Il sort guéri le 22 juillet.

CLXXIII.

Conjonctivite granuleuse.— Procidence très grave de l'iris.— Iridectomie. — Résultat très heureux.

Jean T..., âgé de 45 ans, de Pino Torinese, entre le 30 mai 1861, affecté de conjonctivite granuleuse, pannus, kératite pustuleuse et ulcère central de la cornée gauche et procidence très grave de l'iris. Pannus et kératite pustuleuse dans l'œil droit.

Il eut au mois de novembre dernier une ophtalmie avec sécrétion purulente très considérable. Il fut dans un hôpital où on lui fit 5 saignées, quelques applications de sangsues, et il en sortit

aveugle. Il fut soigné ensuite par des cautérisations répétées jusqu'au jour où il entre à l'hôpital ophthalmologique.

La procidence est très forte et occupe au moins le 1/3 central de la cornée, dont la périphérie est conservée, couverte d'opacités superficielles et intérlamellaires et de vaisseaux, et bombée très fortement en avant, de façon qu'il existe un staphylôme total de forme conique dont le centre est formé par l'iris récouvert d'une mince pseudo-membrane, et la périphérie par la cornée. La vue est nulle, et il y a photophobie, douleur et quelques pustules sur la conjonctive péricornéale. Sécrétion palpébrale assez abondante.

On fait immédiatement la section d'un ample lambeau d'iris tiré au dehors par une incision linéaire pratiquée à la partie interne à l'union de la sclérotique à la cornée. La chambre antérieure était abolie, la cornée amincie, l'iris déjà alteré, ce qui rendit l'opération délicate et difficile. Au moment même où l'iris fut saisi et porté au dehors avec les pinces, la procidence s'abaissa très manifestement de près de 1/3.

Aucune réaction. Les douleurs ont cessé dès le soir pour ne plus reparaître.

1 juin. La procidence s'est encore abaissée un peu dans les jours suivants.

4 juin. La cornée s'est abaissée complètement: il ne reste plus que la procidence centrale, dont la saillie a aussi beaucoup diminué. La pseudo-membrane qui la recouvre se blanchit, et paraît s'épaissir. La cornée en même temps paraît déjà plus transparente. On ne voit aucune pupille: comme il y a un peu de sécretion conjonctivale, on ordonne un collyre de sulfate de zinc.

De jour en jour la procidence s'abaisse, et elle a disparu le 15 juin: elle est remplacée par un leucoma central. Les pustules, et l'injection cornéale et péricornéale ont disparu. On voit la pupille. Le malade distingue les doigts. Depuis ce moment toute la cornée paraît s'affaisser et s'aplatit. La chambre antérieure est abolie, et la pupille paraît au contact de la cornée.

On continue le traitement des granulations, et la cornée s'éclaircit aux deux yeux. Mais l'œil gauche est toujours mou quoique moins déjà qu'auparavant.

Il sort le 18 juillet et vient à la consultation. Peu à peu on voit avec étonnement la pupille et l'iris s'éloigner de la cornée. La taches centrales se limitent, et enfin il est reçu de nouveau le

12 septembre. Du côté externe la cornée a repris sa transparence. La conjonctivite a beaucoup amélioré: la conjonctive est mamelonnée, c'est le véritable tracome. La chambre antérieure est de moitié de grandeur naturelle: la cornée a presque repris sa convexité, et il y a synéchie centrale étendue de toute la marge pupillaire. La pupille faite du côté interne est recouverte par un albugo. On fait une pupille au côté externe avec succés. Le malade se présente encore de temps en temps: la vue est devenue telle qu'il voit presque aussi bien que de l'autre œil, où la cornée est encore superficiellement converte de facettes, et d'albugos. On voit les deux pupilles. Les chambres antérieures se sont encore agrandies.

CLXXIV.

Procidence très volumineuse de l'iris à la périphérie de la cornée — Ponctions journalières. — Guérison complète avec pupille ronde.

Ange G. âgée de 9 ans, de constitution frêle, se présente au dispensaire le 12 mai 1862, avec une procidence de l'iris très volumineuse au côté interne de la cornée gauche, à la distance de trois millimètres à peu près de la marge cornéale. Ponction journalière de la tumeur jusqu'au 29 mai. Instillations d'atropine chaque jour. La tumeur se réforma aussi forte jusqu'au 20 juin, depuis lors les parois de la portion procidente de l'iris s'épaissirent et de jour en jour il sortit un peu moins d'humeur aqueuse. La pupille, qui était très étirée du côté de la procidence était presque ronde le 3 juin. La procidence est remplacée par un petit leucoma qui n'a pas a une extension de plus d'un cinquième de la largeur de la procidence qui couvrait le quart interne de la cornée.

Ce fait suffit pour faire connaître les circonstances dans lesquelles les evacuations seules suffisent ou au moins doivent être tentées en premier lieu. Il serait inutile de multiplier les faits pour cette application bien connue des évacuations. J'ajouterai uniquement que des procidences très

graves centrales devront toujours être ponctionnées si l'état de l'œil ne permet pas une opération immédiate. On fait abaisser la tumeur et on arrête sûrement ainsi la formation du staphylôme, qu'on pourra empêcher ensuite définitivement par l'iridectomie faite quelques jours plus tard; on obtient en outre, comme nous l'avons vu dans une observation qui précède, que la cornée, la tumeur se renforcent et on rend ainsi moins difficile l'opération sur l'iris.

CLXXXIII.

Pannus très grave avec opacités de la cornée. — Iridectomie avec amélioration non durable. — Évacuations. — Guérison. — Amélioration de la conjonctivite.

Léonard S....., âgé de 27 ans, de Suna, entre le 7 octobre 1859, affecté de conjonctivite granuleuse et pannus très dense, avec pustules et ulcères; cécité depuis 3 ans dans les deux yeux.

Il avait été, pour ce motif, congedié depuis 2 ans du service militaire.

On essaya d'abord le traitement ordinaire, sans obtenir d'autre résultat que de diminuer les granulations et la fréquence des poussées de pustules sur la cornée. On fit dans l'œil gauche l'iridectomie du côté externe. Dans ce point le pannus avait diminué de densité. Cette opération qui fut faite au mois de février eut pour résultat de faire diminuer rapidement l'épaisseur du pannus et d'éclaircir plus encore la portion de cornée correspondant à la pupille. Il pouvait voir les doigts; mais une nouvelle recrudescence de la conjonctivite, avec nouvelle poussée de pustules fit perdre presque tout le résultat obtenu, et à la fin d'avril le malade était de nouveau aveugle et il ressentait de fréquentes douleurs à l'œil droit. M. Sperino fit 9 fois la paracentèse du 28 avril au 17 juin. Chaque séance l'humeur aqueuse était évacuée 4 ou 5 fois dans l'œil gauche, 6 fois dans le droit.

Dès les premières évacuations on remarqua que la cornée s'éclaircissait, et la diminution du pannus paraissait marcher des parties profondes vers les superficielles. Il n'y avait plus aucune recrudescence; à mesure que l'injection et l'opacité diminuaient, l'humeur aqueuse sortait plus claire.

Le 12 mai on faisait la 5me paracentèse; l'injection cornéale avait disparu aux deux yeux; on voyait bien la nouvelle pupille de l'œil gauche: l'œil droit présentait encore des opacités très fortes de toute la cornée, l'humeur aqueuse sortait encore un peu trouble. Les douleurs ont cessé dans l'œil droit depuis une semaine.

Le 17 juin le malade distinguait les figures à 5 ou 6 pas, de l'œil gauche. La paracentèse n'avait été continuée dans l'œil droit dont la cornée était entièrement opaque avec synéchie antérieure qui paraît totale.

Le malade sortit le 20 juillet; on a fait des instillations de laudanum, qui ont encore diminué un peu les opacités. Du jour où le pannus a diminué, les granulations ont cédé, l'épaisseur de la conjontive a diminué, et il n'y a plus eu de recrudescence.

La cure ne fut aidée que par de légers collyres astringents, quelques scarifications palpébrales, quelques purgatifs et un régime tonique.

Il se trouve en ce moment (15 août 1862) à Turin. La guérison ne s'est pas démentie. La vue a même gagné un peu dans l'œil gauche. La cornée droite est complétement remplacée par un cicatrice, et l'œil droit a conservé sa tension normale.

CLXXXIV.

Pannus grave et ancien des deux cornées avec opacités. — Évacuation de l'humeur aqueuse. — Guérison du pannus. — Amélioration des granulations.

Robert M....., âgé de 30 ans, de Turin, entre le 16 février 1860, affecté de conjonctivite granulense, pannus aux deux yeux très dense vasculaire et presque charnu, avec cicatrice centrale de la cornée droite.

Il contracta l'opthalmie, il y a 6 mois au service militaire. Soigné dans plusieurs hôpitaux, la conjonctive palpébrale est complétement détruite et remplacée complétement par des cicatrices élevées, nombreuses et végétantes.

On fit la cure ordinaire jusqu'à la fin d'avril. Les conjonctives palpebrales s'étaient heureusement modifiées; mais les cornées et la conjonctive scléroticale étaient toujours dans le même état.

Le 28 avril paracentèse cornéale (4 évacuations); l'humeur aqueuse, trouble et jaunâtre à la première évacuation, devient limpide à la dernière. Aucun changement.

1 mai. Autre paracentèse (4 évacuations). L'injection conjonctivale et cornéale diminuent un peu.

3 mai. Autre évacuation. Dès lors la conjonctive scléroticale

devient bien moins injectée; les vaisseaux de la cornée avaient presque disparu; le 9 mai, jour de sa sortie de l'hôpital, il ne reste plus que quelques vaisseaux superficiels.

Dans cet intervalle on ne fit plus que quelques scarifications palpébrales et quelques instillations d'un collyre au sulfate de zinc.

Il fréquenta régulièrement la consultation et on continua les cautérisations et les instillations de laudanum.

L'amélioration ne progressant plus, il rentra. Au commencement de juin nouvelle paracentèse avec résultat favorable très sensible dès les premiers jours qui la suivirent, c'est à dire éclaircissement de la cornée jusqu'alors toujours très nébuleuse.

Du 18 au 23 juillet M. Sperino fit l'iridectomie du côté interne dans l'œil gauche. La cornée s'éclaircit beaucoup encore au devant de la pupille. L'amélioration augmenta encore plus rapidement qu'avant sous l'usage des instillations de laudanum. Au commencement du mois d'août on voudrait faire l'iridectomie du côté droit. Le malade dut quitter Turin. Il distinguait les personnes à 10 ou 12 pas; il pouvait lire les gros caractères avec un peu de difficulté, avec l'œil operé. L'autre œil s'est peu amélioré.

CLXXXV.

Pannus grave de la cornée, avec leucoma. — Iridectomie. — Évacuations de l'humeur aqueuse. Guérison presque complète. — Amélioration des granulations.

Catherine S...., 43 ans, de Maione, entre le 5 juillet 1860. Conjonctivite granuleuse depuis 2 ans; pannus vasculaire total et épais de la cornée gauche; cécité: elle distingue le jour de la nuit.

8 juillet. Iridectomie du côté interne dans l'œil gauche. Trois jours après l'opération (on n'avait encore employé aucun collyre); le pannus améliorait, et quelques jours plus tard, on put apercevoir la pupille qui est large. On fit le traitement ordinaire des granulations. La malade, au moment de la sortie (3 août), compte les doigts, la vascularisation est limitée à quelques petits vaisseaux

isolés et superficiels. L'injection et les granulations ont très rapidement amélioré. On fit le 20 juillet une paracentèse (4 évacuations) sans résultat appréciable. Il reste des albugos sur la cornée.

CLXXXVI.

Pannus grave des deux cornées, avec leucoma central. — Iridectomie — Guérison.

Ange A...., âgée de 40 ans, de Baldichieri, entre le 14 octobre 1861.

Conjonctivite granuleuse, avec entropion spasmodique, pannus très dense vasculo-nébuleux dans les deux yeux, avec cécité.

Le traitement ordinaire fut continué jusqu'à la fin de novembre. L'entropion avait cedé à l'emploi de sétons et de bandages au collodion. Les granulations, très anciennes, s'étaient très notablement améliorées, mais le pannus ne subissait aucun changement. Elle ressentait quelques douleurs périoculaires récurrentes.

1 décembre; iridectomie du côté interne aux deux yeux; une large portion d'iris fut excisée. Dès ce moment le pannus se modifia; en peu de jours la vascularisation avait diminué de moitié. Quant aux nuages, taches de la cornée, elles diminuèrent ensuite peu à peu. Le 20 on voyait bien les pupilles qui cependant étaient placées derrière des points de la cornée encore bien obscurcis. Le 6 janvier 1862 elle sortit voyant bien pour se conduire, distinguant bien des objets assez petits. Elle eviendra plus tard, si la cornée ne s'éclaircit pas davantage au devant des pupilles. Quelques points de la cornée ont déjà une transparence presque parfaite, il ne paraît pas qu'il y ait synéchie.

On avait continué le traitement des granulations et les instillations de laudanum.

CLXXXVII.

Pannus grave des deux cornées avec leucoma. — Iridectomie. — Amélioration. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison.

Ange A...., âgée de 42 ans, de Baldichieri, entre le 6 mai 1860, affectée de conjonctivite granuleuse, avec pannus vasculo-nébuleux très dense et cécité complète depuis 3 ans, aux deux yeux. Le pannus est plus épais du côté droit. On essaya inutilement l'inoculation du pus blennorrhagique, c'est-à-dire qu'il n'y eut pas inoculation. On avait fait deux fois la paracentèse, le 24 mai et le 3 juin (3 évacuations), sans autre résultat que de diminuer un peu, mais très peu l'injection cornéale. La conjonctivite palpébrale avait été cependant bien améliorée par le traitement ordinaire, et le pannus était toujours dans le même état.

Le 7 juin M. Sperino fit l'iridectomie aux deux yeux du côté interne. Du côté gauche seulement on peut voir à travers la cornée un point plus noir dans l'endroit correspondant à l'excision de l'iris. Du côté droit le pannus était si épais qu'il ne laissait passer le moindre rayon lumineux.

Dès ce moment la vascularisation diminua de jour en jour, et, de presque charnu qu'était le pannus, il était devenu nébuleux dans l'œil gauche. L'œil droit avait amélioré; on ne pouvait voir encore la pupille. La malade voit la main; les granulations et l'injection conjonctivale paraissaient aussi diminuer plus rapidement. On ne fait plus que quelques scarifications palpébrales et des instillations d'un léger collyre au sulfate de zinc.

Le 22, paracentèse (4 évacuations) aux deux yeux. Le 24 la malade comptait les doigts, et la pupille du côté gauche put être vue très distinctement à travers la cornée.

On répéta la paracentèse le 29 juin, le 8 et le 12 juillet (Chaque fois 4 évacuations). Chaque opération fut suivie d'amélioration sensible. Aux premiers jours de juillet on commençait à apercevoir la pupille du côté droit, et la vascularisation avait disparu.

On avait continué quelques collyres, dans l'intervalle des jours de paracentèse.

Le 15 juillet la malade sortit, distinguant les plus petits objets de l'œil gauche, dont la cornée s'est complétement éclaircie dans la région correspondant à la pupille, et comptant les doigts de l'œil droit. Il y a synéchie antérieure et des opacités sur les cornées, qui paraissent se limiter encore par l'usage de collyres de laudanum.

CLXXXVIII.

Pannus grave et ancien. — Synéchie antérieure. — Cécité complète. — Iridectomie. — Evacuations. — Retour de la vue dans l'œil gauche.

J. P., âgé de 25 ans, est entré en novembre 1859, affecté de conjonctivite granuleuse contractée au service militaire il y a trois ans ; pannus vasculaire superficiel et profond des deux cornées, plus grave dans l'œil droit qui est légèrement atrophié ; ulcérations et destructions partielles de la cornée, affectant surtout l'œil droit ; cécité complète.

28 avril 1860. Etat actuel ; conjonctivite granuleuse sensiblement améliorée par les moyens locaux ordinaires. Diminution très faible du pannus, seulement dans ses parties superficielles. — On avait pratiqué l'iridectomie du côté gauche et elle n'avait été suivie que d'un retour très peu prononcé de la vue qui disparut bientôt, pour laisser de nouveau le malade dans une cécité absolue. Le cas était considéré comme désespéré, tous les moyens ordinaires ayant été épuisés inutilement. Le même jour, paracentèse (4 évac.) ; l'humeur aqueuse est d'un rouge-lié et bien uniforme. — 3 mai, diminution des douleurs, perception de la lumière. Le pannus paraît moins rouge. Paracentèse dans les deux yeux (4 évacuations) ; l'humeur aqueuse continue à avoir une teinte rougeâtre. 8 mai, le pannus cède évidemment dans les deux yeux ; cessation complète des douleurs. Paracentèse (4 évacuations) ; l'humeur aqueuse est moins rouge. — 12 et 17, paracentèse ; l'humeur aqueuse devient toujours plus claire.

La vascularisation disparaît peu à peu après chaque opération. Les opacités de la cornée s'éclaircissent aussi un peu. On voit déjà dans l'œil droit et dans la partie interne du gauche, que l'iris a contracté des adhérences avec la cornée, de telle façon

que dans le premier la chambre antérieure a disparu; on voit la pupille pratiquée au côté externe du second. Le malade y voit pour se diriger, et distingue même les doigts. On instille du laudanum. 2 et 17 juin, paracentèse dans l'œil gauche; l'amélioration se fait chaque jour plus sensible sans qu'on puisse l'attribuer plus à ces deux dernières paracentèses qu'aux instillations. En ce moment, le malade en est déjà venu à distinguer les personnes.

CLXXXIX.

Choroïdo-irido-kératite. — Pannus vasculaire. Evacuations. — Guérison.

Jeanne D..., âgée de 10 ans, de Cagliari, tempérament lymphatique, entre le 26 février 1860, pour une kératite confluente et ponctuée dans les deux yeux avec choroïdite, et probablement iritis, plus grave dans le gauche. Elle fut soignée jusqu'au 21 du mois d'avril, successivement: par des scarifications répétées, calomel, tartre stibié, instillations d'atropine, etc., et tout cela sans résultat, sans que la maladie fût arrêtée dans ses progrès. Injection très-forte des vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux; les cornées, entièrement opaques, sont parcourues dans toute leur épaisseur par de nombreux vaisseaux. Le pannus vasculaire est plus prononcé à gauche, où l'opacité cornéale paraît aussi plus dense. Photophobie intense, névralgie périorbitaire et temporale. Paracentèse (5 évacuations), grande quantité d'humeur aqueuse sanguinolente; celle qui se reproduit est aussi teinte en rouge bien lié. Les vaisseaux superficiels ne donnent pas de sang, la teinte rouge ne vient pas de leur hémorrhagie; atropine instillée tous les jours entre les paupières. Le 24, les douleurs névralgiques ont disparu, la photophobie paraît un peu diminuée; paracentèse (4 évacuations), l'humeur aqueuse est encore rougeâtre. Le 28, photophobie moins prononcée, l'injection cornéale paraît diminuée, la conjonctivale l'est beaucoup moins; paracentèse (3 évacuations) aux dernières évacuations; l'humeur aqueuse est limpide. 1.er mai, la cornée droite, dans les points qui paraissaient moins opaques, s'éclaircit un peu; la vascularisation conjonctivale et sous-conjonctivale ont cessé presque

complètement, et la malade, qui n'a plus de photophobie, dit qu'elle aperçoit la lumière et demande une nouvelle opération. 2 mai, mieux soutenu, paracentèse (1 évacuations). Le 3, amélioration progressive, on peut apercevoir quelques points de l'iris. 8, 12, 17 mai, paracentèse répétée; l'humeur aqueuse devient toujours moins rosée, le progrès vers le bien est rapide, chaque jour on voit diminuer la vascularisation et l'opacité; la malade y voit. L'injection oculaire s'est dissipée, la cornée ne présente plus de vaisseaux, elle est moins claire dans dans l'œil gauche. Dans les deux yeux, cependant, il y a un léger leucoma central avec albugo périphérique, ce qui n'empêche pas de voir la pupille un peu déformée et non dilatable par l'atropine, et permet à la malade d'y voir pour se diriger; les opacités paraissent limitées aux parties superficielles de la cornée; instillations successives de laudanum et d'atropine: la petite fille sort le 7 juin. — Le 19 du même mois, elle revient; il n'y a pas de changement, on fait la paracentèse et elle sort le 20. — 30 juillet, les cornées se sont éclaircies, surtout la droite. A la loupe, on y distingue encore des vaisseaux très fins; l'iris est immobile, la malade y voit très bien pour se conduire. L'adhérence postérieure de l'iris prouve qu'il y a eu iritis en même temps que kératite, et que la douleur dépendait de l'iritis plutôt que de la kératite.

CXC.

Opacité grave et totale de la cornée, suite de brûlure par explosion d'une mine. — Iridectomie. — Amélioration très notable de la vue, diminution très considérable des opacités.

Antoine M....., âgé de 36 ans, de Coleretto, entre le 8 février 1861.

Il y a trois mois, il fut atteint par une explosion de mine qui le blessa grièvement à la figure, le rendant complètement aveugle. L'œil droit est complètement affaissé, les paupières sont couvertes de cicatrices.

Les paupières de l'œil gauche sont aussi couvertes de cicatrices, les bords libres sont détruits, et les cils, qui ont complètement disparu, sont remplacés par un bourrelet de conjonctive

rouge, boursoufflé, comme l'est du reste toute la conjonctive palpébrale. Il y a abondante sécrétion purulente. La conjonctive du globe oculaire est aussi injectée, criblée de points noirs de poudre, et présente plusieurs cicatrices.

L'œil est dur, la cornée est complètement opaque, semblable à de l'albumine coagulée, de couleur blanc-grisâtre et d'aspect marbré-ondulé. La cornée a perdu tout éclat. Il y a photophobie; il distingue avec peine le jour de la nuit.

On fit des scarifications sur les paupières, des instillations d'atropine, et ensuite des cautérisations légères au nitrate d'argent, des instillations de laudanum. La sécrétion fut ainsi considérablement diminuée, ainsi que l'injection. La photophobie ne disparut nullement. Plusieurs grains de poudre furent extraits sur la peau des paupières et de la face.

Le 17 février M. Sperino fit l'excision d'un large lambeau d'iris tiré au dehors d'une incision cornéale, pratiquée en haut et en dehors, à l'union de la cornée à la sclérotique. Cette région paraissait un peu moins sombre, un peu moins gravement altérée. L'iris n'était pas friable, ne parut que peu ou pas adhérent. Aucune complication ne se présenta pendant ni après l'opération.

Le premier phénomène observé fut la disparition totale de la photophobie après peu de jours.

Dès les premiers jours aussi la superficie cornéale perdit son aspect granulé, devint plus lisse. En même temps, mais plus lentement, les opacités paraissaient devenir moins épaisses, moins denses, et la vue augmentait un peu.

Deux jours après l'opération, déjà il voyait confusément une lumière passée devant l'œil, et chaque jour la vue de cette lumière devenait plus distincte.

Vers le milieu de mars on aperçoit confusément la pupille derrière la cornée qui s'est très sensiblement éclaircie, en devenant toujours moins terne, et le malade voit la main; à la fin de mars il compte les doigts.

Au moment de sa sortie, le 12 avril, il se dirige seul dans la rue, au milieu du jour, quoique avec peine. La cornée paraît s'être reconverte d'une couche d'épithélium; elle est devenue beaucoup plus lisse. La portion de la cornée qui a subi le plus d'amélioration est celle qui correspond à la pupille qui est large et que l'on voit bien aujourd'hui.

Pendant toute la durée du séjour du malade, on avait continué les instillations de laudanum ; on touchait chaque jour les conjonctives avec du sulfate de cuivre. La conjonctive s'est beaucoup améliorée surtout dès les premiers jours consécutifs à l'opération.

Le malade sort le 12 avril. Il continuera les instillations, et il prendra l'iodure de potsasium à l'intérieur pour activer l'absorption. Il reviendra du moment que la vue ne subira plus aucune amélioration, pour subir quelques opérations de paracentèse.

Le 7 mars 1862 il fit avertir que l'amélioration avait progressé encore. Il vaque aux occupations qui ne nécessitent qu'un léger degré de vue.

CXCI.

Brûlure des cornées avec opacité totale. Évacuations avec succes.

J. B..., mineur 35 ans, entré le 16 février 1860, a été atteint il y a un mois par un éclat de mine. Destruction complète du bord libre des paupières, avec altération grave de toute la conjonctive palpébrale et conjonctivite catarrhale. Opacité totale des deux cornées, dont la droite est un peu staphylomateuse. Cécité absolue depuis le jour de l'accident. La cornée était d'un gris-blanchâtre, ratatinée, ressemblant un peu à de l'albumine coagulée.

On pratiqua l'iridectomie aux deux yeux quelques jours après son entrée dans la clinique: amélioration légère de suite après l'opération: il put distinguer les doigts. Mais bientôt il perdit le peu qu'il avait obtenu: l'œil droit d'abord et le gauche ensuite redevinrent entièrement aveugles. Je crois inutile d'énumérer le traitement varié et persévérant que l'on employa sans succès. L'état des conjonctives s'était beaucoup amélioré: celui de la cornée n'éprouvait aucun changement.

24 avril. *Œil droit*: opacité profonde et totale de toutes les lames de la cornée qui est tachetée comme si l'on avait jeté sur elle, avec un pinceau, du mortier qui se serait infiltré dans toute son épaisseur. Staphylôme léger avec quelques points plus obscurs dans lesquels il paraît qu'il existe synéchie antérieure.

A sa partie externe, elle est traversée par des vaisseaux très-fins et très-nombreux. — *Œil gauche*: opacité de même aspect, mais un peu moins dense; on peut apercevoir, avec beaucoup de peine, un petit espace légèrement plus noir correspondant au lieu où existe la pupille artificielle et où la cornée est moins opaque. — Paracentèse à l'œil gauche (4 évacuations). La cornée est très-dure et coriace. Il sort peu d'humeur aqueuse qui est limpide et se reproduit assez vite. — 26, légère augmentation de la vue, au dire de malade. La pupille est un peu plus visible. La cornée paraît moins ratatinée et plus lisse. Paracentèse aux deux yeux (4 évac.) 28, recrudescence de la conjonctivite catharrale. On ne peut juger de l'effet de la paracentèse. — 3 mai, éclaircissement plus sensible encore des deux cornées. Depuis lors, il gagna de jour en jour. On voit la pupille artificielle comme on la verrait à travers un albugo léger. Les deux cornées ont repris en partie leur poli, et le malade y voit assez pour se diriger. Il sort le 7 juin avec recommandation de continuer les instillations de laudanum.

Réflexions.

Les affections internes de l'œil peuvent être la cause d'altérations les plus variées de la cornée : kératocone, ramollissements et ulcères perforants, procidences de l'iris, staphylomes, éxsudats interlamellaires etc. De même des affections dans leur origine localisées dans la cornée peuvent être cause de désordres dans la circulation interne, et d'altérations profondes. Dans l'un et dans l'autre cas, nous nous trouvons en présence d'une nouvelle complication aussi grave que la maladie primitive, puisqu'elle-même peut en être la cause. Ce fait est amplement prouvé par les Observations qui précédent. Or, si nous examinons attentivement dans leurs diverses phases les affections de la cornée qui font le sujet de ses études, nous nous persuaderons facilement que cette complication interne se manifeste dès leurs premières périodes, même avant que des altérations anatomiques ne viennent la rendre tout à fait manifeste.

Les staphylômes opaques de la cornée, lorsqu' ils sont en voie de croissance, offrent par intervalles des recrudescences; la pseudo-cornée cède dans le point le plus acuminé, ordinairement noirâtre, et la rupture de ce point laisse écouler l'humeur aqueuse dont l'évacuation spontanée fait cesser de suite et pour un certain temps la douleur devenue momentanément très aigue, et disparaître l'injection des vaisseaux péricornéaux. Lorsque l'humeur aqueuse s'est ainsi évacuée spontanément à plusieurs reprises, la maladie semble de nouveau devenir stationnaire. Chacune de ces séries de recrudescences est marquée par une augmentation du leucoma et du staphylôme. La sortie de l'humeur aqueuse doit même aussi peut-être concourir elle-même à cette accroissement du staphylôme, en

permettant le contact plus immédiat de l'iris à la cornée et en favorisant ainsi la formation de synéchies plus étendues. En revanche, au moyen de ces évacuations, la nature paraît empêcher la propagation des altérations au delà de la cornée et de l'iris, et réparer aux désordres qui seraient déja avenus dans la circulation interne.

Si la cicatrice cornéale, déjà consolidée dans tous ses points, résiste à la pression interne, nous voyons bientôt la portion non altérée de la cornée suivre aussi le staphylôme et se porter en avant en faisant dès lors partie de la tumeur; mais là ne s'arrêtent pas les phases de l'affection.

Si la sclérotique offre peu de résistence, chez les enfants p. e., chez les sujets auxquels d'antiques ophtalmies ont altéré la nutrition de la sclérotique, nous voyons la membrane fibreuse se distendre plus ou moins loin au delà de la cornée au point quelquefois de donner lieu à une véritable hydrophthalmie postérieure; chez d'autres d'un âge plus avancé, la sclérotique résiste davantage, mais quelques taches dans les parties antérieures de la sclérotique révèlent une tension exagérée et des désordres dans la circulation de la choroïde. Les altérations de la sensibilité rétinienne ont une marche opposée à ces manifestations externes qui sont l'indice de la propagation de l'affection aux parties profondes; cette marche en sens contraire est si évidente que la faculté visuelle est bientôt éteinte lorsque ni la cornée, ni la sclérotique ne se laissent distendre. Au contraire une distension uniforme, progressive, même éxagerée du bulbe peut correspondre à une conservation très notable de la sensiblité rétinienne.

Les recrudescences de la douleur et les rémittences que nous trouvons dans les progrès de la maladie autant dans la deuxième période, que dans la première où la sortie de l'humeur aqueuse explique les arrêts momentanés de développement, ont une analogie complète avec ce que nous observons dans toutes les congestions internes, dans les altérations primitives de la circulation choroïdienne qui

peuvent d'un façon analogue et en rapport avec les conditions individuelles de résistence de la sclérotique, produire: tantôt une hydrophtalmie; tantôt des ectasies antérieures ou postérieures (dans les régions où la circulation en forme de plexus, plus abondante et rendue plus compliquée encore par les directions opposées de ses émergences peut plus facilment devenir désordonnée); tantôt enfin de véritables glaucomes avec diminution ordinairement bien plus prompte de la sensibilité rétinienne, et toujours avec les mêmes rémittences dans leurs manifestations, avec des temps d'arrêt dans leur développement soit que l'art provoque ces arrêts momentanés ou définitifs par les évacuations de l'humeur aqueuse, soit que l'affection soit abandonnée à elle-même.

Il serait superflu, après ce que nous avons dit déjà dans ce Mémoire, de chercher les causes de ces perturbations internes dans les staphylômes, dans les ulcères perforants de la cornée; les changements de rapports entre les diverses parties de l'œil suffiraient déja à l'expliquer. Voyons si nous ne pourrons également saisir le même fait dans les pannus.

Le sang des parties antérieures des membranes vasculaires internes ne se dirige tout entier en arrière, et les vortex antérieurs ne représentent pas la totalité de la circulation de retour des vastes plexus vasculaires (iris, procès et cercle ciliaire). Du canal de Schleimm, de plusieurs points de la partie antérieure de la choroïde, partent de nombreux vaisseaux qui traversent la sclérotique et arrivent au tissu cellulaire conjonctival et pénètrent même la conjonctive. Il y a autour de la cornée un échange de vaisseaux et de nerfs. La sclérotique établit entre la choroïde et la conjonctive, une communication qui nous permet d'interpréter un grand nombre de phénomènes qui accompagnent souvent les désordres de la circulation interne: chémosis séreux, injections péricornéales, conjonctivites, pannus etc... je dirai plus: les conjonctivites muco-purulentes, avec œdéme étendu jusqu'au bord libre palpébral, symptômes de l'irido-

choroïdite consécutive à traumatisme interne (phlegmon oculaire), me semblent évidemment se rattacher à la phlébite endoculaire se propageant directement au dehors.

Nous pouvons, par analogie, soupçonner des désordres semblables à l'intérieur de l'œil, lorsque la circulation externe, superficielle du globe oculaire est altérée par une ancienne et permanente irritation mécanique de la conjonctive.

L'excitation nerveuse se propageant à l'intérieur, la stase sanguigne, l'oblitération de la circulation subsidiaire de retour dont nous venons de parler, doivent nécessairement maintenir un état de congestion interne proportionné au surplus de sang que les vortex antérieurs devront charrier pour suppléer à ce défaut de la circulation subsidiaire antérieure. Si des ulcérations et des opacités cornéales, suites d'affections profondes peuvent quelquefois résister au seul traitement dirigé contre la cause interne et nécessiter l'emploi de modificateurs directs, de même les évacuations de l'humeur aqueuse, l'iridectomie, pourront être indiquées dans des affections cornéales limitées d'abord aux parties superficielles.

Nous avons vu déjà dans les Observations qui précèdent la preuve de ce fait dans la tension exagérée du globe oculaire avec ses diverses conséquences, dans les iritis, inflammations internes avec douleurs endo et extra-oculaires, photophobie, non explicables par des ulcérations ou pustules cornéales (les pustules cornéales paraissent devenir moins fréquentes à la suite des évacuations et de l'iridectomie); symptômes que les évacuations répétées et l'iridectomie réussissent en peu de temps à dissiper. Nous trouvons une prédisposition à cette complication interne dans la vie sédentaire et la tristesse, compagnes inséparables de semblables affections; dans un affaiblissement de l'économie résultat de désordres dans les organes de la nutrition, ou effet d'un traitement débilitant, tout autant de causes capables de favoriser les congestions oculaires; nous trouvons une prédisposition dans des cautérisations mal instituées, dans

des pansements oculaires dont l'action est plus de détruire les tissus que de produire une modification favorable dans la circulation et la nutrition.

En nous appuyant à cette corrélation de faits, et en laissant aux actions mécaniques la part qui leur revient, nous ne pouvons encore, il est vrai, trouver l'explication des effets de l'iridectomie dont l'action salutaire n'a pas non plus encore été jusqu'ici interprétée d'une manière certaine; mais nous pourrons peut-être avec raison comprendre ces faits dans le quadre des affections *glaucomateuses* dont l'iridectomie est devenue, depuis M. Von Graefe, la base du traitement. Nous trouverons dans ces considérations le criterium qui nous dirigera dans les applications des deux moyens les plus puissants que la chirurgie moderne ait acquis contre les désordres de la circulation interne : iridectomie, évacuations répétées et réitérées de l'humeur aqueuse.

§ 3. *Ulcères et ramollissements graves de la cornée.*

Quand un ulcère ou un ramollissement étendu de la cornée est sous la dépendance directe et bien manifeste de maladie oculaire profonde, glaucomateuse, le chirurgien ne doit pas tarder à recourir à l'iridectomie ou aux évacuations de l'humeur aqueuse parce que les moyens ordinaires ne peuvent pas arrêter les progrès du mal.

Les observations qui précèdent prouvent déjà non-seulement que les ulcères de la cornée ne contrindiquent pas ces opérations, mais surtout que ces affections sont rapidement et heureusement modifiées par ces moyens. L'iridectomie exerce, dans quelques circonstances, une action toute spéciale pour obtenir la cicatrisation cornéale.

On ne devra pas limiter l'emploi de ces moyens aux cas dans lesquels la congestion de la choroïde est plus évidente, mais on devra l'étendre à tous ceux dans lesquels on pourra soupçonner cette complication. Ainsi, quand un ulcère vaste et profond avec menace de perforation, ou un ramollissement déjà étendu de la cornée, avec chémosis, douleurs endo et périorbitaires etc..... s'agravent malgré les secours de l'art, et surtout si l'affection a fait déjà des progrès assez avancés pour rendre plus tard nécessaire la formation d'une pupille artificielle, on devra recourir à l'iridectomie associée aux évacuations de l'humeur aqueuse; et celles-ci devront être répétées pendant quelque temps pour assurer le succès.

On trouve alors l'humeur aqueuse plus ou moins modifiée dans sa densité, dans sa couleur et dans sa quantité. L'ulcère perd toute tendance à se rompre après l'opération;

les douleurs calment promptement ; l'injection, la tumeur cornéale disparaissent bientôt. L'ulcère, le ramollissement paraissent quelquefois s'étendre encore ; quelques jours plus tard on commence à apercevoir la pupille.

C'est surtout dans l'âge adulte ou avancé qu'on observe ces ramollissements, ces ulcères étendus et profonds compliqués de congestion interne ; et ces altérations sont bien souvent sous la dépendance de désordres dans les fonctions de la digestion. En tout cas les granulations ne sont pas, comme nous avons déjà dit, une contrindication à l'opération.

Il ne serait pas possible de préciser exactement les circonstances dans lesquelles il est nécessaire de recourir à l'iridectomie, mais on ne doit jamais craindre d'augmenter la gravité d'un ulcère de la cornée en opérant une pupille. On ne peut, sans l'avoir vu par soi-même, se faire une idée juste du résultat heureux qu'on peut encore obtenir en agissant ainsi avec énergie dans des ramollissements, des ulcères, que tout concourt à faire croire inguérissables. Le ramollissement de la cornée paraît toujours beaucoup plus grave qu'il ne l'est réellement, c'est du moins ce que l'on observe en agissant ainsi.

On doit naturellement choisir, pour faire la pupille, les points les moins altérés de la cornée ; il sera utile également, dans les cas les plus graves, de faire l'incision aux dépens de la sclérotique elle-même pour conserver le plus possible la cornée. Quant à l'hémorrhagie consécutive et aux phénomènes de cicatrisation, ils ne varient en rien de ce que nous avons déjà indiqué en parlant des ulcères avec hypopyons et avec procidences de l'iris.

OBSERVATIONS

CLXXV.

Ulcère grave et à marche rapide de la cornée. — Iridectomie. — Guérison prompte de l'ulcère. — Pupille très utile pour la vue.

Don C.... Bernard âgé de 61 ans, de Chialamelia, entre le 10 mai 1860, affecté d'ulcère vaste de toute la moitié inférieure de la cornée droite, très profond, d'un aspect sale et grisâtre, avec douleurs et photophobie intenses: il y a injection grave et chémosis légèr péricornéal. La cornée est dans un état tel qu'elle paraît devoir céder d'un moment à l'autre avec évidement de l'œil: il souffre de l'œil depuis 40 jours. Ses digestions se font mal depuis plusieurs années: il est sujet à des maux de tête; il mène une vie très sédentaire; il n'a jamais fait de maladies graves. Des hémorroïdes qu'il avait depuis longtemps ont presque disparu depuis plusieurs années.

M. Sperino fait immédiatement l'excision d'un large lambeau d'iris tiré au dehors par une incision faite tout à fait en haut de la cornée: il y eut une légère hémorrhagie. On fit deux fois dans la journée l'évacuation de l'humeur aqueuse, deux fois après l'opération, et une petite saignée du bras. On donna quelques purgatifs. Dès ce moment l'ulcère non seulement ne fit plus de progrès, mais prit dès le lendemain un aspect moins sale, et en 7 jours se cicatrisa presque complètement; en même temps la portion supérieure de la cornée, qui était nuageuse, devint tout à fait transparente. La douleur et le chémosis cessèrent le jour même de l'opération. — Aucun autre traitement, sauf peut-être quelques scarifications palpébrales. Il sort le 24 mai voyant de très petits objets.

On ordonne des pilules de calomel et d'aloès.

Le malade se représenta le 27 avec une petite pustule dans la portion de la cornée correspondant à la pupille: quelques scarifications palpébrales la firent disparaître en peu de jours. Le malade voyait très bien le 4 juin, jour où il retourna chez lui; il lisait de gros caractères d'impression. La pupille parut s'a-

grandir pendait plusieurs jours après l'opération. En même temps l'iris s'éloignait de la cornée. L'ulcère est remplacé par un vaste leucoma, avec synéchie antérieure.

CLXXVI.

Conjonctivite granuleuse. — Ulcère grave perforant à marche rapide. — Iridectomie. — Guérison prompte de l'ulcère. — Pupille utile pour la vue.

S. François, âgé de 49 ans, de Simirioli (Sassari), entre le 8 mai 1860, affecté de conjonctivite granuleuse et ulcères des deux cornées envahissant les 2/3 inférieurs dans l'œil droit, et les 3/4 inférieurs dans l'œil gauche. Ces ulcères sont grisâtres, très profonds, et dans quelques points ils sont perforants avec saillie de l'iris. Il y a douleurs périorbitaires très fortes depuis 3 mois, et cécité depuis cette époque. Il est affecté de conjonctivite granuleuse depuis 6 ans. En ce moment les granulations sont très développées et les yeux sont enfoncés.

M. Sperino fait immédiatement l'iridectomie externe par une incision pratiquée tout à fait en haut, à l'union de la cornée à la sclérotique. Un large lambeau d'iris fut excisé dans l'œil droit : dans l'œil gauche, on ne put en exciser qu'un très petit lambeau. Une petite saignée fut faite après l'opération, et on donna un léger purgatif le lendemain de l'opération qui ne fut suivie d'aucune réaction. Dès le surlendemain les ulcères s'étaient nettoyés, étaient moins gris, et dans l'espace de 10 jours ils s'étaient cicatrisés. On aida cette cicatrisation par de légers collyres de nitrate d'argent. On fit dès ce moment la médication ordinaire des granulations. La douleur et la photophobie avaient disparu presque totalement.

La pupille de l'œil droit était large et aurait permis déjà alors au malade d'y voir, si la cornée n'avait été encore obscurcie par un pannus nébulo-vasculaire peu dense. Dans l'œil gauche on ne voyait pas la pupille. On répéta l'iridéctomie, mais la portion de la cornée conservée était très petite et cette pupille servait peu. Sa marge paraît adhérente à la cornée. Le malade prend chaque jour des pilules d'aloès et de jalap.

Dans l'œil droit, le pannus ne cédant pas en proportion de la diminution des granulations, on fit trois fois la paracentèse (3

évacuations chaque fois). A la première évacuation l'humeur aqueuse était trouble, sanguinolente, a la troisième elle était limpide; ces évacuations faites à peu des jours d'intervalle l'une de l'autre firent disparaître presque complètement le pannus.

Le malade sortit le 27 juillet 1860, et écrivit une lettre de remercîment dans laquelle il annonçait qu'il espérait reprendre ses functions de concierge de l'université de Sassari. Il a continué à prendre des pilules purgatives, et à faire des instillations journalières de collyre de nitrate d'argent. Ses granulations avaient presque disparu : elles parurent, après chacune des opérations pratiquées, s'améliorer bien plus rapidement pendant les quelques jours qui les suivaient.

CLXXVII.

Pannus. — Ulcère central perforant de la cornée. — Iridectomie. — Guérison prompte de l'ulcère. — Pupille utile pour la vue.

N..... Angèle, âgée de 28 ans, de Sant'Ambrogio, entre le 26 juillet 1861, affectée de conjonctivite granuleuse (depuis 6 ans) avec leucoma total de la cornée droite, pannus vasculo-nébuleux épais, ulcère perforant central de la cornée droite, cécité. On voit au centre de l'ulcère un point noir où l'iris paraît procident.

24. Excision d'un large lambeau d'iris, du côté interne. L'épaisseur du pannus diminua considérablement en peu de jours, l'injection diminuait en même temps, et l'ulcère était cicatrisé complètement peu de jours après. Vers le 10 août elle dirigeait déjà bien ses pas. On avait institué le traitement local ordinaire.

La guérison a été retardée par une poussée de pustules sur la cornée, mais elle sort le 4 septembre bien guérie, c'est-à-dire qu'elle voit bien la face des personnes à 4 ou 5 pas. La pupille est belle: elle s'éloigne peu à peu de la cornée.

CLXXVIII.

Ulcère cornéal et ramollissement étendu.
Iridectomie. — Guérison.

Baptiste R..., âgé de 42 ans, d'Exilles, entre le 14 septembre 1860, affecté d'ulcère vaste de plus de la 1|2 interne de la cornée droite, perforant en plusieurs points très petits, avec synéchie antérieurs, cécité complète.

Malade depuis un mois avec douleur et photophobie, il fut saigné 4 fois chez lui sans amélioration. L'ulcère est grisâtre; il a depuis deux ans, suppression d'hémorrhoïdes qu'il avait conservées pendant 5 ans.

Evacuations de l'humeur aqueuse continuées pendant 10 jours (une par jour). L'ulcère s'est cicatrisé complètement. Les opacités normales qui ont remplacé le ramollissement, le boursouflement de la portion non ulcérée de la cornée ne disparaissent pas, malgré les instillations de laudanum: on fait l'iridectomie selon le procédé indiqué dans les autres observations. La cornée reprit toute sa transparence; la pupille s'éloigna peu à peu de la cornée. Le malade lit de gros caractères.

CLXXIX.

Staphylôme opaque partiel. — Ulcère de la cornée.
Iridectomie, évacuations. — Guérison.

M..., Sebastien, âgé de 13 ans, de Rodello, habitant la campagne, entre le 2 mai 1861, affecté de procidence grave de l'iris à travers un ulcère perforant de la cornée gauche. Un bon tiers central de la cornée est détruit, et le reste est poussé en avant de façon à représenter un cône dont le centre est formé par l'iris, et la périphérie par la cornée qui a perdu un peu sa transparence.

Il y a chémosis légèr péricornéal, l'injection conjonctivale est assez forte.

Il y a 16 jours, il éprouva des douleurs périorbitaires et endoculaires très fortes, avec photophobie et larmoiement qui durèrent 10 jours, et qui ont reparu depuis deux jours. Le malade a

eu, il y a 3 mois, des fièvres intermittentes, et depuis lors il est devenu triste, morose; son teint est devenu jaune; digestion difficile.

M. Sperino fit de suite l'excision d'un large lambeau d'iris tiré au dehors d'une incision faite au rebord externe de la cornée. La procidence s'abaissa presque de moitié. L'humeur aqueuse, de couleur citrine, fut évacuée le soir de l'opération, et le matin du 3. A cette dernière évacuation, elle était redevenue limpide.

La douleur cessa presque entièrement de suite après l'iridectomie. Elle reparut à longs intervalles et pour peu d'instants, les deux ou trois jours qui suivirent. La procidence s'abaissa rapidement: trois jours après la portion de la cornée périphérique était complètement affaissée, et l'ulcère était cicatrisé à moitié; 7 jours après, la cicatrice était bien formée, sauf au centre où l'on voyait encore une légère procidence vésiculaire.

La cicatrice s'était faite de la périphérie au centre, et à, mesure qu'une nouvelle zône de cicatrice paraissait se former, la procidence diminuait, disparaissait dans cette zône.

On fit deux fois la ponction de la procidence vésiculaire qui occupait le centre de la cicatrice, on tint les paupières fermées pendant 2 jours avec de petites bandelettes de taffetas.

L'opération avait été plus facile que dans les cas ordinaires, parce que la chambre antérieure n'était pas complètement effacée. Après la cicatrisation, la chambre antérieure augmenta de dimension, et la pupille devint plus large; la portion non détruite de la cornée était redevenue complètement transparente. Le malade lisait les caractères moyens de l'échelle.

Quelques purgatifs furent administrés avec profit pour sa santé, car il a repris des forces, de l'appétit et de la gaîté.

CLXXX.

Cachexie pellagreuse. — Ulcère perforant et vaste de la cornée droite. — Iridectomie. — Guérison. — Leucoma central staphylomateux de la cornée gauche. — Iridectomie. — Fusion de l'œil.

Marie C...., âgée de 40 ans, de Monticelli, entre le 9 avril 1861, affectée d'ulcère de la cornée droite très vaste, central et perforant,

avec hypopion grave, et de leucoma du 1|3 central de la cornée gauche avec synéchie antérieure de toute la marge pupillaire avec léger staphylôme.

Cette femme est affectée de pellagre depuis sa jeunesse. Jusqu'à l'âge de 20 ans, elle a joui d'un assez bonne santé. Elle eut depuis son premier accouchement plusieurs maladies des organes digestifs, coïncidant avec l'amélioration momentanée de l'éruption pellagreuse. Depuis deux ou trois ans, elle perd ses forces, devient de jour en jour plus affaiblie, digère mal, et en ce moment elle est tellement épuisée et maigre, qu'on doit la porter: elle ne peut faire un pas. L'éruption n'a jamais été bien forte depuis cette époque. Elle est irrégulièrement menstruée. Son état de dénuement laisse croire que sa nourriture a toujours été insuffisante.

Il y a 3 mois, ne sortant déjà plus de chez elle depuis quelques semaines, vu son état de faiblesse, elle perdit la vue dans l'espace de peu de jours, sans qu'elle sache accuser d'autres symptômes qu'un léger larmoiement et légère sécrétion muqueuse. Il y a 10 jours, elle souffrit des douleurs dans l'œil droit, et deux jours après elle avait perdu la vue. Les douleurs ont continué sans jamais devenir très fortes. Elle distingue la lumière de l'œil gauche. Il n'y a presque pas, ou peu, d'injection des vaisseaux sus-conjonctivaux dans l'œil droit. L'ulcère a un aspect sale grisâtre. L'hypopion monte jusqu'au delà du rebord inférieur de l'ulcère qui occupe à peu près le 1|3 central de la superficie de la cornée qui cependant est conservée dans une étendue un peu plus grande du côté interne.

9 avril. Iridectomie dans les deux yeux du côté interne.

Aucune réaction ne se déclara dans l'œil droit. Dès le lendemain l'ulcère a un aspect plus net, moins grisâtre; trois jours après l'hypopion a disparu; il n'était pas sorti de pus pendant l'opération; on avait fait l'évacuation de l'humeur aqueuse deux fois le jour de l'opération. Le 15, l'ulcération s'était rétrécie de moitié. Le 20, elle était presque complètement cicatrisée et la malade distinguait bien la face de l'opérateur. On aida la cicatrisation par des collyres de nitrate d'argent, employés depuis le 15. Le 26 elle voit les plus petits objets. L'ulcère est remplacé par un leucome bien solide; il y a synéchie antérieure dans la portion leucomateuse.

Quant à l'œil gauche, le résultat parut devoir être très beau

jusqu'au 10 au soir. On aperçut alors un léger œdème de la paupière et très léger chémosis péricornéal séreux, avec ulcération du centre du leucoma; paracentèse deux fois. Le 11 août le leucoma était sphacélé: la chémosis n'a pas augmenté, il y a sécrétion mucopuriforme. On fait des instillations d'un collyre de nitrate d'argent. Le 12 l'ulcération s'étend, et le 13, au soir, toute la cornée est détruite. La chémosis augmenta en proportion de l'ulcération, et derrière la cornée on apercevait la chambre antérieure remplie de pus ou de lymphe. Le 14, il se déclare de la douleur assez forte. Le tissu cellulaire orbitaire œdématié pousse en avant le bulbe, il y a véritable phlegmon orbitaire: cataplasme. Au moment de la sortie, l'œil qui a beaucoup suppuré s'est abaissé.

Dès son entrée à l'hôpital, l'infirme a été soumise à un traitement très reconstituant. La santé est bonne. Elle marche et fait de petites promenades.

Rien ne peut expliquer cet insuccès dans l'œil gauche, sauf la constitution délabrée. Elle sort le 28 avril.

Le 15 juin, elle se représente. L'œil gauche est complètement affaissé depuis un mois. L'œil droit est complètement guéri. Elle voit les plus petits objets. Le centre du leucoma paraît se perforer de temps en temps, si on en juge par une très petite tache noire qui occupe son centre. Le régime fortifiant a été continué, et son état général s'est tellement amélioré qu'elle est méconnaissable.

CLXXXI.

Ulcères, ramollissement étendu. — Choroïdite. — Traitement ordinaire impuissant. — Deux séances d'évacuations. — Arrêt prompt de l'affection.

Joseph V...., âgé de 60 ans, d'Audezzano, entre le 24 juillet 1860.

Irido-choroïdite, photophobie, douleurs très intenses endo et périorbitaires depuis dix jours; ramollissement grave des deux tiers inférieurs de la cornée; dans l'œil gauche.

24. 8 sangsues derrière l'oreille gauche. 0 gr., 10 d'émétique en lavage. Scarifications palpébrales, instillations fréquentes d'a-

tropine. 25 et 26, même traitement, moins les sangsues. Progrès de l'affection. La cornée s'ulcère sur les points ramollis; le ramollissement s'étend. 27, ponction périphérique de la cornée, trois évacuations. Les douleurs cessent dès le soir. 28, id. Les douleurs n'ont pas reparu; l'humeur aqueuse, trouble la veille, est limpide. Le 28, le ramollissement se restreint, on voit l'iris dans sa moitié supérieure. 31, jour de sa sortie, le ramollissement est limité au tiers inférieur; le tiers moyen a l'aspect d'un ulcère tout à fait superficiel et détergé.

On ordonne un collyre au nitrate d'argent.

CLXXXII.

Ramollissement très grave avec ulcérations profondes et étendues de presque toute la cornée droite. — Évacuations de l'humeur aqueuse répétées plusieurs fois par jour pendant une semaine. — Cicatrisation. — Pupille artificielle.

Jacques R....., 42 ans, de Tortone, tempérament sanguin, laboureur, aucune maladie antécédente, entré le 22 juillet 1860 Au mois de mars, il eut une ophthalmie intense dans l'œil gauche avec gonflement des paupières, sécrétion muco-purulente, abcès à la paupière inférieure dont on voit encore la cicatrice sur son bord adhérent. Il n'a fait aucun traitement; il conserve un léger albugo central de la cornée. L'œil droit souffre depuis une quinzaine de jours de photophobie, de douleurs endo et périorbitaires qui devinrent chaque jour plus aiguës, avec un larmoiement abondant. On l'avait saigné cinq fois sans amélioration. On avait administré aussi des pilules purgatives.

État actuel. — Aspect un peu grisâtre, complètement opaque, et boursouflé de toute la cornée qui est ulcérée dans presque toute son étendue et dans quelques points jusqu'à ses lames les plus profondes, sans perforations. A son bord interne, il y a une portion de la cornée non ulcérée, quoique aussi boursouflée et opaque, de la largeur d'un millim. et demi à deux millimètres sur cinq ou six de longueur, en forme de croissant. La cornée est molle et paraît céder à la moindre pression. Douleurs endo et périorbitaires; injection péri-cornéale avec un peu de chémosis. L'état de la cornée est tel, qu'elle paraît devoir bientôt se déta-

cher ou se perforer. Pour diminuer la douleur, on fait la paracentèse.

Marche et traitement. — 22 juillet. Trois paracentèses dans la journée à la périphérie de la cornée. Humeur aqueuse très trouble, se reproduisant assez lentement; les douleurs cessent dès le soir.

23. Aucun changement (3 évac.).

24 et 25. Trois évacuations chaque jour. L'humeur aqueuse devient plus limpide, l'injection diminue, la chémosis a disparu.

26. La cornée paraît plus résistante, et l'on peut observer quelques changements dans l'aspect des ulcères et de la cornée en général, qui est moins grisâtre. Trois évacuations dans la journée, humeur aqueuse limpide. L'introduction du stylet n'est plus douloureuse comme elle l'était auparavant.

27, 28, 29. Même traitement. La cornée se modifie chaque jour quant à la couleur et à la résistance. La partie interne, en forme de croissant et de la largeur de 2 millimètres à peu près, est transparente et laisse voir un peu l'iris. — On suspend les évacuations le 2 août. La cicatrisation était complète, et le 7, la chambre antérieure s'étant reformée, la partie interne de la cornée, toujours plus nette, laisse voir très bien l'iris. On arracha tout l'iris, le 8, et aujourd'hui, 12 août, le malade commence à voir quelques objets, la main et un peu les espaces interdigitaux. Il y a encore un peu de sang qui ne laisse pas encore entièrement libre la nouvelle pupille, mais qui s'absorbe de jour en jour.

On ne prescrivit aucun traitement interne, si l'on en excepte quelques purgatifs. Le malade ne garda jamais le lit. On faisait simplement des applications fraîches après les évacuations qui étaient faites le matin, au milieu du jour, et le soir.

§ 4. *Pannus de la cornée.*

On sait combien il est fréquent de rencontrer des pannus complets de la cornée, suite des conjonctivites granuleuses, qui résistent avec une opiniâtreté désespérante aux traitements ordinaires. La conjonctivite à très sensiblement amélioré, tout fait espérer une diminution de l'injection et d'une partie des opacités cornéales, et cependant ce résultat se fait attendre pendant très longtemps encore; heureux encore lorsqu'une nouvelle poussée de pustules, une nouvelle recrudescence ne vient pas faire perdre tout ce que l'on a pu gagner déjà. Depuis longtemps dans la clinique pour abréger le traitement, on pratique l'iridectomie sans attendre que la cornée se soit éclaircie en faisant une pupille derrière le point de la cornée qui semble devoir reprendre davantage sa transparence; si la cornée n'est pas distendue, amincie, et s'il n'y a pas de traces de leucome central, on fait les évacuations de l'humeur aqueuse qui alors suffisent ordinairement.

Les phénomènes que l'on observe sont des plus intéressants. On ne tarde pas, au bout de quelques jours, et souvent dès le lendemain même de l'opération, à voir l'injection cornéale diminuer. Toujours, lorsque le malade ressent des douleurs périorbitaires, de la photophobie, on voit plus ou moins tôt disparaître ces symptômes. Ordinairement c'est le point de la cornée qui se trouve au devant de la pupille qui paraît s'éclaircir le premier; la pupille, qu'on ne pouvait voir, après l'opération commence à apparaître et de jour en jour devient plus distincte. Les vaisseaux les

plus fins, les plus profonds sont les premiers à disparaître et il est souvent extraordinaire de voir la rapidité avec laquelle non seulement les vaisseaux mais aussi les opacités, surtout les plus profondes, celles qui paraissent interstitielles, disparaissent ou diminuent considérablement. Après quelques jours les malades affectés de pannus les plus graves se dirigent d'eux-mêmes: il est rare que l'on ait à pratiquer de nouveau une pupille dans un autre point de la cornée, car c'est ordinairement en face de la pupille que la cornée redivient plus tôt claire.

Mais ce n'est point le seul résultat que l'on obtienne. En même temps que la photophobie, les douleurs cessent, que le pannus s'éclaircit, on voit la conjonctivite elle-même céder bien mieux aux applications locales. Il n'y a aucun danger à opérer, pourvu que le degré de la conjonctivite ne soit pas trop aigu. Jamais je ne vis arriver d'accident dans les cas que j'ai pu observer. On voit dans les quelques jours qui suivent l'opération diminuer très sensiblement l'injection de la conjonctive scléroticale d'abord, puis celle de la conjonctive palpébrale. Le flux palpébral lui-même cède mieux aux collyres. Les pustules ne reparaissent plus, ou rarement du moins.

Quel est le mode d'action de l'iridectomie? On doit admettre bien certainement que l'inflammation s'est propagée aux parties profondes; cette nouvelle complication maintient elle-même la maladie. Il y a des faits qui paraissent le prouver: la photophobie, les douleurs périorbitaires qui accompagnent presque toujours cette affection, même lorsqu'il n'y a pas de poussées fréquentes de pustules, et sourtout la généralisation du pannus qui s'étend à toute la cornée, le boursouflement de la conjonctive péricornéale semblent s'y rattacher. Mais le fait le plus concluant est le trouble de l'humeur aqueuse, qui sort non seulement teinte du sang qui coule des vaisseaux que l'on incise nécessairement, mais troublée, jaunâtre, souvent un peu épaisse. On peut s'en convaincre du reste, lorsqu' au lieu d'exciser l'iris, on fait simplement

sortir l'humeur aqueuse. On voit bien manifestement l'humeur aqueuse altérée.

Il n'est pas rare d'observer un peu d'hémorrhagie interne à la suite de l'excision de l'iris qui lui-même est ordinairement un peu friable, altéré et presque toujours adhérent: il faut alors répéter l'évacuation de l'humeur aqueuse jusqu'à ce qu'elle sorte limpide.

Cette adhérence de l'iris à la cornée devient plus évidente lorsque la cornée éclaircie permet de voir l'iris et la chambre antérieure.

Les ulcérations de la cornée sont pas une contre-indication de l'opération ; on les voit bientôt se cicatriser. On doit en dire autant des staphylômes de la cornée, qui sont plus rapidement encore peut-être améliorés dans ces circonstances. La communication rétablie entre les deux chambres antérieures doit quelque fois contribuer à ces effets de l'iridectomie. Quelque fois après le retour de la transparence, on ne voit que la pupille est excessivement petite; si alors on répète l'iridectomie, on trouve que l'iris est plus facile à saisir, et se déchire moins sous les tractions.

Les évacuations dont nous avons vu jusqu'ici l'analogie d'action avec l'iridectomie peuvent aussi rendre de bons services. Elles agissent lentement lorsqu'on les emploie seules, mais, lorsque l'iris a été excisé, elles agissent bien mieux. Comme dans le glaucôme, elles aident, et rendent l'amélioration plus prompte et plus marquée. Après quelques jours, lorsque l'amélioration ne paraît plus marcher avec autant de rapidité, quelques évacuations ont un effet très prononcé.

Depuis qu'on a bien constaté cette action de l'iridectomie, on l'opère de bonne heure. Lorsqu'un malade affecté de pannus ancien, total avec leucoma devant necessiter plus tard cette opération se présente, on cherche à diminuer par quelques cautérisations, scarifications etc. l'abondance de la sécrétion conjonctivale, et sans plus attendre on fait une pupille. Quelques semaines suffisent souvent pour modifier très avantageusement des conjonctivites rebelles, et pour donner un degré très avantageux de vue à des malades complètement

aveugles et souffrants. Deux ou trois jours après l'opération on reprend graduellement les pansements sur la localité, les instillations de collyres. Les résultats ainsi obtenus sont plus prompts que ceux qui résultent de l'inoculation qui n'est pas toujours indiquée dans ces cas.

D'après ce que nous avons vu, la conduite du chirurgien ne devra pas être différente, et l'on devra agir de suite, lorsque le pannus sera plus manifestement encore sous la dépendance de la choroïdo-iritis ou de congestion interne, ou lorsque ces affections seront venues, d'une façon évidente, compliquer l'affection primitivement localisée à la superficie du globe oculaire. Les observations qui suivent démontrent mieux que tout ce qui pourrait être dit encore, que les effets ont toujours été très marqués. Ils ont été plus particulièrement choisis parmi ceux où les traitements antérieurs n'avaient que peu ou rien soulagés les malades.

Nous devons noter que dans la deuxième catégorie de pannus, ceux dans lesquels il y a des signes bien manifestes de congestion interne de l'œil, les évacuations peuvent plus facilement suffire sans les combiner avec l'iridectomie.

À qui objecterait que les moyens ordinaires auraient pu suffire à vaincre l'affection dans quelques-uns de ces cas, on pourrait lui montrer combien le traitement est rendu plus simple; que les altérants, les révulsifs et surtout les saignées recommandées encore aujourd'hui par quelques praticiens dans le traitement de ces affections, s'ils semblent présenter une amélioration momentanée, conduisent toujours à un affaiblissement de la constitution, en rendant plus faciles et plus fréquentes les poussées de pustules et les ulcérations sur la cornée, et le traitement en réalité beaucoup plus long. Ces pannus rebelles sont souvent en effet liés à un affaiblissement de la constitution. Ce n'est du reste qu'une inversion du traitement. La cornée ne peut reprendre toute sa transparence: on devra faire plus tard une pupille, au lieu d'attendre on la pratique plus tôt. Ces opérations ne sont jamais suivies d'accidents. Le traitement est beaucoup diminué de longueur, on ne court que le risque d'opérer

deux fois; et on évite, comme nous le voyons, la formation d'une complication bien plus à craindre, le staphylôme, ou d'autres altérations plus graves de la cornée ou des parties internes.

Nous avons réuni aux Observations un cas d'opacité grave et totale de la cornée suite de brûlure par l'explosion d'une mine. Le Dr Cornuty a déja cité dans sa thèse une observation analogue où l'évacuation de l'humeur aqueuse avait produit le même résultat. L'action de l'iridectomie, des évacuations de l'humeur aqueuse est ici des plus manifestes. Du reste l'ordre de disparition des symptômes dans la conjonctive, dans la cornée, est en tout semblable à celui observé dans les pannus ordinaires: il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de ce fait qui paraît se lier intimément à plusieurs autres altérations de la cornée qui subissent les mêmes phases de développement et qui paraissent céder aux mêmes moyens.

ARTICLE QUATORZIÈME

—

Cataracte.

Les applications nombreuses des évacuations répétees de l'humeur aqueuse, que nous venons d'étudier dans les formes les plus variées des affections oculaires, avaient, depuis plusieurs mois, fait naître en moi le désir d'essayer le même moyen dans les opacités du cristallin, et ceux de mes collègues qui auront suivi attentivement mes études sur ces évacuations comprendront aisément comment j'y ai été conduit. Laissant de côté toutes les actions de ces évacuations moins bien constatées et moins facilement généralisables, j'étais arrivé à me formuler assez bien, en général, les effets du renouvellement de l'humeur aqueuse. En vidant la chambre antérieure on diminue la pression interne; en répétant les évacuations on provoque une sécrétion abondante de l'humeur aqueuse, et en les multipliant on peut rendre, pour ainsi dire, presque continuelle cette augmentation de sécrétion.

Comme premiers effets nous avons la régularisation de la circulation, la diminution de la congestion ou de l'inflammation, quelles qu'en soient la forme, le siége et l'intensité. Je dis régularisation, car la circulation, tout en devenant physiologique, acquiert l'activité qu'on observe dans la circulation de tous les organes à la suite de l'exercice prolongé de leurs fonctions.

C'est à ce double effet que je crois devoir attribuer les actions si variées du renouvellement de l'humeur

aqueuse. Nous l'avons vu de la plus grande utilité dans les glaucomes des vieillards, lorsque la sclérotique, offrant une résistance insupérable, la congestion choroïdienne doit produire nécessairement compression sur les tissus internes; nous l'avons vu plus utile encore dans le glaucome de l'âge moins avancé, lorsque la nature semble correspondre et pallier en même temps aux efforts de la maladie en permettant la distension de la sclérotique, qui prend ainsi sa part des dégâts que doit produire la maladie et rend moins prononcés les effets des désordres circulatoires sur les parties internes nécessaires à la vision; nous la voyons aider puissamment la nature lorsque la distension de la sclérotique, devenue exagérée (hydrophthalmie ou glaucome des enfants), exige un surcroît d'activité vasculaire pour rendre aux tissus leur nutrition et leur fermeté naturelle.

La promptitude d'action des évacuations doit naturellement varier selon le degré auquel est arrivée l'affection. Ainsi, une affection aiguë pourra n'être que plus difficilement vaincue, les désordres devenant vite graves. C'est surtout le siége des affections qui paraît influer le plus sur la rapidité de ces effets sur la circulation. Si on considère que l'iritis et la choroïdo-iritis ne sont traités qu'à des périodes ou très avancées, ou très aiguës, on sera frappé encore et de la rapidité et de la puissance d'action de ces évacuations. Bien plus rapides encore sont ces effets si la circulation n'est altérée que dans les parties de la choroïde qui correspondent aux procès et au cercle ciliaires. Assez prompte aussi dans les affections des parties postérieures de la choroïde, cette action sur la circulation suit, en général, une marche régulière de l'équateur du bulbe, où la circulation se régularise plus promptement, au pôle postérieur, au cercle péri-papillaire, où les désordres dans les vaisseaux sont plus lents à disparaître. La communication des vaisseaux de la rétine en avant avec les

plexus choroïdiens explique d'une part les effets des évacuations de l'humeur aqueuse sur leur circulation; mais ces communications étant peu nombreuses, les vaisseaux de la rétine étant eux-mêmes en petit nombre, on s'explique d'autre part pourquoi les altérations localisées de la rétine se montrent plus rebelles à ce moyen.

Ainsi l'absorption d'exsudats, la disparition de produits morbides dans la choroïde, dans la rétine, effets de désordres de la circulation ou d'inflammation, trouvent leur explication dans le rétablissement de l'activité physiologique de la circulation. Dans le corps vitré la nutrition, très lente, dépend de la circulation même de la choroïde, et les changements de matériaux doivent se faire très lentement aussi à l'état pathologique. Il est très naturel que l'absorption de produits morbides se fasse moins difficilement à sa périphérie là où elle est en communication plus directe avec les vaisseaux, là où les vaisseaux n'ont pas été détruits, là où ces vaisseaux plus nombreux semblent plus particulièrement présider à la nutrition du corps vitré, à l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse, c'est à dire en avant.

Au devant du cristallin, dans la chambre de l'humeur aqueuse, les changements de matériaux et l'absorption se font avec une rapidité bien connue des praticiens. En multipliant la sécrétion de l'humeur aqueuse on active encore la circulation et par conséquent l'absorption. Mais nous avons encore d'autres raisons pour nous expliquer cette action. L'absorption de produits morbides ne se fait qu'à mesure que l'humeur aqueuse les dissout; au lieu de laisser aux vaisseaux le soin d'absorber cette humeur aqueuse ainsi chargée, évacuons-la, et nous obtiendrons plusieurs effets à la fois : nous éliminons plus rapidement ces produits, nous prévenons l'irritation causée par ces corps étrangers; nous prévenons l'inflammation si elle ne s'est pas déclarée encore, et surtout,

en maintenant ou en reconduisant la circulation à l'état physiologique, nous conservons à l'humeur aqueuse ses propriétés, sa quantité et ses caractères normaux.

Les opacités interlamellaires de la cornée qui ne sont pas le résultat de destruction du tissu même, sont presque toutes susceptibles de disparaître complètement. Le renouvellement de l'humeur aqueuse doit avoir aussi un double effet: faire disparaître les désordres de la circulation et rendre normale la nutrition de la cornée, qui, tout en ayant une vie propre, est sous la dépendance intime des vaisseaux voisins chargés de lui fournir les matériaux nécessaires; activer la circulation et rendre abondante, normale, l'humeur aqueuse ordinairement altérée alors. S'il est vrai que ces opacités sont moins l'effet d'exsudats que de changements, de transformations cellulaires, on est naturellement conduit à trouver une analogie frappante entre la production de ces opacités et celle du cristallin; c'est ainsi que je le pensais et l'épreuve clinique me l'a prouvé.

Quelques faits observés depuis longtemps déjà auraient dû m'engager à commencer plus tôt mes études. Avec M. Von Graefe, j'ai vu des opacités glaucomateuses du cristallin s'arrêter en même temps que l'affection glaucomateuse elle-même; j'avais aussi, comme lui, été frappé de trouver le cristallin tout à fait transparent chez des individus que j'avais autrefois opérés d'iridectomie pour glaucome compliqué d'opacités commençantes du cristallin. Aussi, je n'ai plus été étonné lorsque j'ai vu ces mêmes opacités disparaître pendant un long traitement fait par les évacuations répétées de l'humeur aqueuse. Pour dire la vérité cependant, je croyais encore à quelqu'erreur qui m'aurait échappé dans mes notes. Un de ces faits est publié dans l'article *Glaucome*, *Observation* N° XIII; vous en trouverez deux autres plus bas.

Cependant, je suis bien convaincu depuis longtemps que la formation de la cataracte spontanée est sous la dépendance de désordres de la circulation, désordres que l'on peut presque toujours reconnaître très facilement dans la période de formation. Je voulais tenter mes essais sur une cataracte commençante de l'âge moyen, dans laquelle je pensais qu'il serait plus facile de vaincre cette forme de désordres de la circulation de la même manière que j'avais vu céder plus facilement les glaucomes aigus et lents dans l'âge peu avancé; il me semblait que la nature se laisserait plus facilement aider. Le bonheur m'aida, comme on va le voir, en me faisant au contraire diriger mes essais sur une espèce de cataracte de nature bien différente et qui forme précisément le type dans lequel les évacuations produisent un effet plus prompt et plus sensible, et en me faisant entrevoir ainsi ce que l'expérience clinique m'enseigna plus tard avec certitude : que les éléments du cristallin opaque ne reprennent leur transparence qu'autant qu'ils n'ont pas été détruits et altérés profondément dans leur structure et leur forme hystologique.

Ainsi le cristallin chez le vieillard pouvant plus souvent qu'à tout autre âge devenir et se conserver opaque sans que ses éléments ne soient altérés autrement que dans leur transparence, l'opacité du cristallin, exagération de l'opacité physiologique de vieil âge, peut disparaître. Les opacités du cristallin ne disparaîtront que si elles se trouvent dans les conditions énoncées; une cataracte qui n'est pas arrivée au dernier degré de désorganisation se modifiera plus ou moins selon l'état de conservation de ses éléments primitifs, de même qu'une cataracte tout à fait commençante guérira. Le degré de transformation hystologique de chacun des éléments du cristallin marque le limite d'action des évacuations dans chaque espèce de cataracte. De la plus simple mo-

dification dans l'opacité du cristallin, au retour à la transparence complète, il est très rare que les évacuations n'arrêtent pas l'évolution de la cataracte; toujours elles la retardent très manifestement; toujours on observe des transformations. Si l'opacité croît pendant le traitement, fait dont la possibilité n'est pas encore établie pour moi, ou si elle augmente de nouveau après la cessation des évacuations, nous en trouvons toujours la cause bien manifeste dans l'état général de l'organisme et dans le retour des symptômes de désordres dans la circulation choroïdienne.

Il n'est qu'une seule espèce de cataracte qui ne doive pas être comprise dans ce cadre, je veux dire la cataracte traumatique sans rupture de la cristalloïde. Ici, en effet, le cristallin, ébranlé dans ses liens, perd ses communications naturelles avec les vaisseaux destinés à sa nutrition; il devient opaque comme un cristallin devient opaque dès qu'il est plongé dans un liquide. Si la cristalloïde n'est pas rompue, il pourra arriver à l'atrophie par absorption des éléments solubles dans l'humeur aqueuse pénétrant et sortant par endosmose, mais jamais transformation des éléments, et ce qui est plus important encore à noter, jamais retour complet de la transparence.

Voici le fait qui m'a engagé à donner cette direction à mes recherches sur l'action du renouvellement de l'humeur aqueuse dans les yeux affectés de cataracte.

CXCII.

Cataracte double guérie par les évacuations de l'humeur aqueuse.

Madame Ghidilia, de Turin, âgée de 81 ans, vint me consulter au mois d'août 1861. Elle avait une cataracte complète de l'œil droit et une cataracte avancée dans le gauche. J'ordonnai des

pilules d'iodure de potassium et d'aloès, des frictions mercurielles et de belladone sur le front. Elle revint le 15 septembre. La cécité était complète, elle ne distinguait plus aucun objet; on était obligé de la conduire par la main. La vue était abolie dans l'œil droit depuis un an. La cataracte était aussi complète dans l'œil gauche. L'opacité, très foncée, d'une couleur presque verdâtre dans le centre, était d'un gris ardoisé dans toute la substance périphérique. Celle-ci, à la loupe, paraissait piquetée, dans tout sa profondeur, d'une foule de petits points plus opaques, moins foncés. Les pupilles, de dimension normale, étaient mobiles sur un point rapproché du bord externe de la pupille. On voyait dans l'œil droit un point blanc, grand comme la tête d'un petite épingle, immédiatement accollé à la superficie interne de la cristalloïde antérieure. L'âge avancé de cette malade, très fortement voûtée et sujette à de fréquentes congestions cérébrales; la chambre antérieure diminuée, la cornée et la sclérotique peu sensibles et d'un aspect terne, aussi propre au glaucome qu'à la vieillesse, me firent retarder l'opération que j'avais proposée d'abord. Les sollicitations quotidiennes de Madame Ghidilia et de sa famille m'obbligèrent à prendre un parti.

Je pratiquai le 25 septembre une ponction à la cornée, et à intervalles de vingt-quatre ou quarante-huit heures je fis, par la même ouverture, sortir l'humeur aqueuse avec le petit stylet. Dès les premières évacuations la vue s'améliora. La malade voyait la forme d'une flamme de bougie. L'intolérance à la lumière disparut. On pouvait attribuer ce mieux à la diminution seule de la congestion interne. Je dois même avouer que j'osais si peu croire à la diminution de l'opacité, que pendant quelques jours j'abandonnai ma malade. Les parents vinrent de nouveau me prier, de la part de Madame Ghidilia, qui, heureuse déjà de ce qu'elle avait acquis, voulait continuer le traitement. Bientôt je dus me convaincre que l'opacité diminuait assez rapidement. Deux mois suffirent pour faire disparaître toute l'opacité. Je fis trente-deux fois l'évacuation de l'humeur aqueuse, mais presque toujours deux, trois fois dans la même séance. Il ne reste qu'une trace de cette tache blanche superficielle du cristallin droit. Les pupilles ont l'aspect de pupilles saines d'un vieillard. La vue est telle, que Madame Ghidilia lit sans fatigue, sans lunettes, les n°s 3 et 4 de l'échelle de Jaeger; à la distance de 10 ou 12 centimètres

elle enfile une petite aiguille. Je dus, depuis lors, combattre chez elle une grave congestion pulmonaire. La vue, jusqu'à présent, n'a jamais faibli. L'expérience des trois images de Purkinje et une accommodation parfaite, prouvent que le cristallin est intact. Après chaque évacuation, faite toujours par la même ouverture cornéale, la malade faisait, pendant quelques heures, des applications de compresses glacées. Presque chaque jour elle faisait une petite promenade hors de chez elle. Elle continua les pilules d'iodure de potassium et d'aloès pendent quelques jours.

Le 24 août 1862 Madame Ghidilia fut examinée par M. le professeur Burci, de Florence.

Dès que je vis que la cataracte de Madame Ghidilia améliorait, j'essayai, dans ma clinique et sur un certain nombre de malades à la fois, le même traitement par les évacuations répétées même chaque jour. Sur six cataractes, cinq avaient présenté en peu de temps des changements notables dans l'opacité, et chez tous mes malades la vue avait amélioré sensiblement. C'est alors que j'écrivis (28 octobre 1861) à M. le Directeur de la *Gazzetta Medica Italiana* une lettre dans laquelle je lui annonçais le fait (1), en faisant noter le phénomène in-

(1) Je ne croyais pas avoir été précédé dans ces études. J'ai cherché inutilement l'ouvrage de Hecquet cité par M. Lanne. Je me suis convaincu cependant que la priorité de cette découverte appartient au siècle dernier. En consultant les œuvres de Bertrandi et de Haller j'ai trouvé une thèse de Col de Villars dont j'extrais les passages suivants:

« Disputationes chirurgicae selectae collegit, edidit, praefatus est Albertus « Hallerus — Tomus secundus — Lausannae MDCCLV. — Quaestio medico-chirur- « gica *an oculi punctio cataractam praecaveat*, quam, praeside Pet. Le Hoc medico- « Regis, tuebatur Abr. Fr. Leo Col de Villars. — Parisiis 27 februarii 1740.

« Cum ab humoris aquei stagnantis sorditie enascatur cataracta; sorditiei prae- « ibit humoris aquei putrescentis facta evacuatio.

« Cum partis albae sanguinis proprius sit morbus cataracta, utpote ad serum « pertinens, vel lympham; per venae sectiones praemissa partis rubrae curatione, « ad rem propius attinet nihil quam ad partem albam, alteram converti curam. « Hoc praestabit oculi paracentesis, hinc serosi decubitus molem minuendo prae- « sentem, illinc futuram novi decubitus alimoniam suffurando.

« Felicem successum spondet paracentesis, scilicet utriusque cataractae radices « praescindens: nam aut in crystallino, aut in aqueo humore fixerit sedem hic « morbus, utrique fiet satis, cum lympha, quae alterutrius parens et altrix, plane « exhauriatur.

« Sua est aqueo humori perennis circulatio, ita ut vacuato crassiori, alter

téressant de la transformation des éléments opacifiés du cristallin, qui, grâce au changement plus rapide et plus normal de ses matériaux, reviennent à l'état de transparence, et le retour progressif de la vue. J'ajoutais dans cette lettre que lors même que le cristallin ne devrait pas reprendre toute sa transparence, les évacuations de l'humeur aqueuse, en ramenant l'ordre dans les fonctions du système vasculaire interne de l'œil, mettraient les sujets cataracteux dans des conditions plus favorables pour obtenir un bon résultat de l'opération de cataracte. Cette lettre fut reproduite dans l'*Union Médicale* le 30 novembre 1861. Ayant reçu de Paris une lettre de M. le docteur Magne (30 novembre 1861), dans laquelle il me priait de lui faire connaître mon procédé, le traitement consécutif et le genre de cataracte dont j'obtenais la guérison par la seule évacuation de l'humeur aqueuse: « fait, me disait-il, qui éveille au plus haut degré notre curiosité scientifique. » Je répondis immédiatement à sa lettre en lui indiquant ce que je pouvais lui dire alors. J'envoyai ensuite, aux derniers jours d'avril 1862, à l'*Union Médicale* une lettre, qui ne fut pas publiée en entier et dans laquelle j'énonçai en points sommaires ce que je publie dans cet article.

Dès le commencement de mes études j'ai été frappé d'un fait constant, que je considère comme d'un grande importance parceque j'y trouve la preuve la plus évidente que la formation de la cataracte est toujours sous la dépendance d'une congestion interne qui subsiste même après la formation complète de l'opacité. Un très petit

« purior succedat; sic vitiatam humoris aquei cameram eluendo, tergit, haecque, « accedente humoris novi limpitudine, nitet. Amplius roscidae qualitatis non exors « qui succedit humor; hac qualitate mulcet crystallinum et stagnantis lymphae « mucorem liquando penitus resolvit.

« Nobilis quidam miles in regia invalidorum domo cataracta fuit liberatus. »

« Ambiguus cataractarum crystallinarum status, anceps operatio, origo incerta; « ergo praesidium quod nascenti malo occurrit, caeteris anteponatur. Ergo oculi « punctio cataractam praecavet.

nombre d'évacuations, deux ou trois ordinairement, suffisent pour augmenter d'une façon très sensible la perception de la lumière. D'abord je crus à une diminution de l'opacité, et même j'espérai que toutes les cataractes devaient se modifier avec la même rapidité. Je fus bientôt convaincu que cette amélioration n'est due qu'à la diminution de la congestion choroïdienne.

Dans les cataractes commençantes, surtout lorsque la diminution de la vue peut être scindée, qu'on me pardonne cette comparaison, en deux ordres distincts de phénomènes: 1° affaiblissement uniformément progressif de la vue des objets qui semblent s'envelopper d'un nuage toujours plus dense causé par l'opacité elle-même; 2° alternatives d'augmentation et de diminution de la vue, ou pour mieux m'exprimer, éblouissements passagers de la vue; j'ai pu toujours bien nettement observer que ce second ordre de phénomènes, qui bien certainement sont l'effet de la congestion de la choroïde, est le premier à disparaître.

Pendant le progrès de l'évolution de la cataracte, ces éblouissements passagers deviennent peu à peu moins prononcés pour le malade, pour disparaître lorsque l'opacité est arrivée au point d'empêcher la vue distincte des objets. Mais, quelque soit l'âge du malade et l'époque de maturité de la cataracte, il est un autre phénomène qui persiste: la sensation de pesanteur au sourcil, au front et dans l'œil. Ce phénomène, moins prononcé ordinairement dans la formation de la cataracte des derniers âges et diminuant en proportion de l'ancienneté de l'affection, est cependant presque toujours accusé par les malades.

Cette première période de l'amélioration de la vue est toujours accompagnée de la disparition de ces symptômes de la congestion choroïdienne; la vue devient plus claire, l'œil se fait plus libre et supporte mieux la lumière qui l'éblouissait auparavant. Voilà les mots

que j'ai entendu dire par les trois quarts au moins de mes malades.

J'ai déjà fait connaître dans plusieurs passages de ce Mémoire l'importance que j'attache aux changements qui surviennent dans la forme et les dimensions de la chambre antérieure, et je n'ai pas besoin d'ajouter que je donne la même interprétation à l'augmentation de l'humeur aqueuse et à l'éloignement de l'iris de la cornée à mesure que les autres signes de la congestion interne disparaissent. Pour moi, je suis convaincu aujourd'hui que la diminution de la chambre antérieure n'est pas un signe de volume plus grand de l'opacité. Dans les cataractes les plus molles, dans les cataractes qui me paraissaient les plus avancées vers la cornée, j'ai presque toujours vu que le cristallin était refoulé en arrière par l'humeur aqueuse augmentée dans sa quantité à mesure que l'on renouvelle les évacuations. Ici l'accroissement de la sécrétion aqueuse doit être, comme dans le glaucome, dans toutes les choroïdites, considéré comme le résultat de l'activité de la circulation.

Que les évacuations de l'humeur aqueuse rétablissent la circulation à un état plus normal, qu'elles aient une action des plus manifestes sur les vaisseaux internes de l'œil, nous en avons une preuve bien évidente dans une Observation qui suit, dans laquelle nous voyons les évacuations répétées faire diminuer à la fois les douleurs endo et péri-orbitaires; et l'exorbitisme, effet probable de congestion des plexus veineux rétro-oculaires causée par les désordres qui s'étaient étendus à ces plexus par les vasa vorticosa; et la tendance aux suintements de sang par la face antérieure de l'iris à chaque diminution de la pression interne causée par la paracentèse.

Cette première phase des phénomènes, que l'on peut observer lorsqu'on fait les évacuations de l'humeur aqueuse dans des yeux affectés de cataracte, dure or-

dinairement de dix à vingt jours. Ce n'est qu'ensuite, lorsque la circulation interne s'est régularisée, que commencent à se manifester dans le cristallin les phénomènes que nous pourrons étudier dans les Observations. Lorsque la transformation commence à s'opérer dans l'opacité, l'œil a déjà repris son éclat naturel, son brillant physiologique; les yeux mêmes du vieillard reprennent cet aspect de vivacité que perd souvent le globe oculaire le plus sain dans l'âge avancé.

Les détails qui précèdent ne doivent jamais être perdus de vue lorsque on veut mesurer l'éclaircissement de l'opacité sur l'amélioration de la vue; et je ne crois pas inutile d'indiquer brièvement comment je fais en général l'examen de mes malades.

Avant tout, je commence à noter le degré de vue; si la cécité est limitée à la perception de la lumière, ou si le malade peut encore distinguer les objets; je tâche de me placer dans des conditions identiques d'intensité de la lumière, c'est-à-dire dans une pénombre. J'examine chez les malades, dont la cecité est avancée, la facilité avec la quelle ils voient l'ombre de la main, s'ils jugent si la main est ouverte ou fermée, s'ils comptent les doigts, s'ils distinguent de petits objets, tels qu'un porte-plume, un scarificateur des paupières, et s'ils peuvent lire encore, quels sont les numéros de l'échelle de M. Jaeger qui peuvent être lus. J'examine sourtout à quelles distances, éloignée et rapprochée de l'œil, ces objets sont perçus distinctement ou si des lentilles bi-convexes modifient les limites de l'extension visuelle. Nous comprendrons facilement pourquoi mon attention se porte surtout sur ce dernier point.

Déjà à plusieurs reprises, dans mes remarques et dans les Observations, j'ai fait noter la diminution de la presbytie chez des individus affectés d'affection de la choroïde. Nous pouvons nous convaincre en outre par ces Observations que des yeux parfaitement guéris par les évacuations

répétées reprennent quelques fois une puissance d'accommodation pour les objets rapprochés, qu'il est bien rare d'observer dans l'âge avancé où étaient arrivés les malades chez lesquels ce phénomène est noté. Le fait de Madame Ghidilia me confirme davantage encore dans la persuasion que j'ai, que les évacuations de l'humeur aqueuse peuvent modifier la presbytie en régularisant, en activant la circulation interne et en même temps l'innervation et la nutrition interne de l'œil.

Quelques fois j'ai pu noter bien exactement que l'extension de la portée de la vue se faisait d'abord du côté de l'œil lui-même. C'est ordinairement à la fin de la première période que j'ai observé ce fait. Je l'attribue à la diminution de la presbytie et de la congestion interne plutôt encore qu'à la diminution de l'opacité. La correspondance de l'apparition de cette amélioration de la portée de la vue, avec la cessation des symptômes de la congestion et avec l'aspect plus normal acquis par l'œil, dont la circulation s'est regularisée et activée, me fait croire que c'est là l'interprétation la plus juste qu'on puisse donner de ce phénomène. Quoiqu'il en soit, la presbytie, après avoir diminué rapidement d'abord, continue ensuite à se modifier lentement, et je n'ai pas observé j'usqu'ici d'hypermetropie dans les yeux cataractés guéris par les évacuations; et cela aussi bien dans l'âge avancé que dans les presbyties précoces effets de congestion. Les sujets d'un âge très avancé qui m'ont donné jusqu'ici le nombre le plus grand de succès dans les opacités totales, n'ont pas besoin de lentilles pour voir les objets les plus fins, même à une distance très rapprochée.

A mesure que l'opacité se raréfie sensiblement (je dis se raréfie, parceque bien souvent les modifications que l'on observe dans l'opacité ne pourraient, à la rigueur, indiquer toujours un éclaircissement de la cataracte) les malades peuvent voir à une distance plus grande

les objets qu'ils ne voyaient auparavant que de plus près; quelques fois l'étendue de la portée de la vue augmente du côté de la limite éloignée, avant même que l'œil puisse apercevoir des objets plus petits.

Si mes études n'avaient été faites avec patience et persévérance, j'aurais été bientôt découragé par la lenteur avec laquelle les évacuations de l'humeur aqueuse produisent ces modifications, et surtout aussi par le nombre considérable de sujets chez lesquels je ne suis arrivé qu'à un résultat nul pour le malade et tout au plus satisfaisant sous le rapport des études que j'étais et que je suis décidé à poursuivre jusqu'au bout.

Les malades, même ceux chez lesquels on arrive plus tard à un succès complet, répètent à chaque demande qu'ils ont un brouillard intense devant les yeux; il est rare qu'ils soient assez intelligents pour apprécier une amélioration insensible pour eux, tant elle est ordinairement lente, surtout s'ils sont dans un hôpital, où ils mettent en paralléle leur séjour avec les résultats bien plus prompts des opérés de cataractes, dont quelques-uns même ont déjà inutilement essayé un traitement identique par les évacuations (1).

Chaques fois que l'examen de la vue est pratiqué on doit avoir soin de constater que la pupille, dilatée artificiellement au dernier examen pour noter l'état de l'opacité, ait repris ses dimensions et sa mobilité normales. Depuis quelques mois j'ai l'habitude de maintenir la pupille dans un état permanent de demi-dilatation; j'ai trouvé que c'est un excellent moyen de rendre très rare l'intolérance aux évacuations, c'est-à-dire d'éviter les petites injections conjonctivales près de la plaie et les très légères iritis partielles dont je parle dans les

(1) Un de nos malades exprimait assez bien la sensation que produisait en lui le retour lent et progressif de la vue; il nous disait qu'il s'apercevait bien que la vue augmentait chaque jour, mais qu'il ne pouvait se rendre compte du degré acquis de même qu'on ne s'aperçoit qu'à la longue de la durée plus grande des ournées dans les premiers mois de l'année.

généralités. Une semaine avant l'examen je suspends les instillations d'atropine et je répète moins souvent les évacuations. On verra que je répète l'examen à la fin de le première période, et ensuite, surtout dans les cas où les transformations se faisaient lentement, après chaque trente ou quarante évacuations.

L'ordre me conduirait naturellement à énoncer ici ce que mon expérience m'a enseigné relativement à la curabilité des diverses espèces et degrés d'opacité du cristallin, comme aussi les changements, les transformations que l'on voit s'opérer dans toutes les cataractes, lorsqu'on pratique les évacuations répétées de l'humeur aqueuse. Je préfère exposer les faits. J'en réunis trente-quatre, pris parmi ceux que j'ai pu suivre plus longtemps; je ne ferai qu'énoncer ceux dans lesquels j'ai trouvé une analogie très marquée avec ceux que je publie plus au long, ou dans lesquels je n'ai pu faire le traitement d'une façon régulière. Le lecteur pourra bien mieux se formuler ainsi lui-même ce que l'éxperience clinique permet de conclure. Pour moi, je le répète, je suis loin de me considérer au bout de mes études: pour un sujet d'une si haute importance, je me crois obligé de continuer et répéter mes recherches, qui seront publiées au fur et à mesure dans les *Annales de l'Hôpital Ophthalmologique de Turin* (1).

(1) Je crois inutile de répéter ici ce que j'ai déjà dit dans les généralités quant au mode d'opérer, quant au genre de pansements. J'ajouterai seulement que, plus que pour toutes les autres applications des évacuations, j'exige que mes malades sortent et fassent de l'exercice, j'ordonne une nourriture bonne et abondante, de temps en temps un léger purgatif. Une transformation, un changement de matériaux doit s'opérer; je crois essentiel, pour cela, de maintenir une santé parfaite. Sauf le jour de l'opération, le malade peut vaquer à ses occupations.

OBSERVATIONS

CXCIII.

Cataracte dure, commençante, centrale dans un œil. — Cataracte dure, complète dans l'autre œil, qu'on opère avec succès complet par extraction à lambeau inférieur sans inciser la capsule. — Augmentation de l'opacité et diminution notable de la vue pendant le traitement de l'œil opéré. — Vingt-cinq évacuations de l'humeur aqueuse. — Retour de la vue au point que l'œil non opéré voit aussi bien que l'autre. — Retour du malade quatre mois plus tard avec diminution de la vue et augmentation de la densité de l'opacité. — Dix-sept évacuations. — Retour de la vue au point que cet œil voit mieux que l'autre. — Diminution notable de l'opacité.

Joseph G., âgé de 66 ans, de Polonghera, campagnard, entre le 6 octobre 1861.

Cataracte dans l'œil gauche, dure, complète depuis un an et ayant commencé depuis trois ans à peu près. Extraction à lambeau inférieur sans inciser la capsule. La capsule fut extraite intacte avec le cristallin et la cataracte est conservée encore. Succès complet; pupille un peu étirée en bas.

Dans l'œil droit depuis 5 mois la vue diminuait, il y avait cataracte commençante, sombre, déjà bien visible. Le 25 octobre, l'autre œil étant complètement guéri, le malade dit que la vue a considérablement baissé à droite dans les deux dernières semaines, et qu'il voit à peine de cet œil assez pour se conduire même à l'ombre, tandis qu'il voyait auparavant assez bien les traits des personnes. L'opacité en effet est bien plus prononcée,

même déjà opérable, de couleur obscure, gris très sombre, uniforme. La pupille étant dilatée le malade voit pour diriger ses pas; il y a un peu d'intolérance de la lumière.

25 *octobre.* — Paracentèse et évacuations (une par jour) jusqu'au 7 novembre.

30. — Il distinguait la face des personnes.

7 *novembre.* — Il voit l'aiguille à évacuations, mais sans en reconnaître la couleur, il la prend pour une buche de paille; la pupille est resserrée.

De l'œil droit et de l'œil gauche la vue est égale jusqu'à la distance de 20 centimètres. L'œil droit depuis cette distance voit apparaître un nuage qui couvre les objets.

L'opacité est bien plus éloignée de la pupille, comme bleuâtre; après avoir dilaté la pupille on voit que l'opacité est mal limitée, plus marquée dans les couches centrales d'un gris verdâtre, se perdant insensiblement dans la substance périphérique tout à fait transparente vers la cristalloïde.

Le malade va jusqu'au 12 chez lui, et à son retour on fait, par la même ouverture déjà pratiquée, douze évacuations (une par jour) du 12 au 25. La vue a augmenté encore un peu; il distingue bien une aiguille, distingue toutes les couleurs un peu vives, sauf le jaune; à une distance moindre d'un mètre, il voit tout aussi bien de cet œil que de l'autre dont la vue devint plus nette. La pupille ayant été dilatée, on voit que l'opacité est un peu plus claire, d'un gris bleuâtre, mais aussi étendue qu'auparavant. Le malade sort le 25; on ordonne des pilules d'iodure de potassium 8 grammes, et aloès 3 grammes pour 60 (4 par jour).

Il rentre le 16 mars 1862. La vue a diminué un peu dans l'œil droit depuis un mois; l'opacité, avant la dilatation de la pupille, est d'un blanc très foncé, profonde; il voit à l'ombre la main, les doigts; la pupille étant dilatée on voit l'opacité mal limitée, profonde, occupant au centre la moitié à peu près du cristallin, se confondant insensiblement avec la substance périphérique transparente, mais cependant comme un peu trouble.

16. — Paracentèse; dix-sept évacuations jusqu'au 7 avril. Le malade dit y voir mieux de cet œil que de l'autre œil opéré, il voit bien une aiguille jusqu'à la distance de 20 centimètres; l'autre œil voit même les objets éloignés de plus d'un mètre.

La pupille, étant tenue toujours à moitié dilatée par des instillations d'atropine, on voit l'opacité s'éloigner de la pupille.

Du 7 au 18. — Huit évacuations; l'amélioration de la vue n'a pas progressé. En dilatant la pupille on voit que l'opacité a diminué; le cristallin commence à devenir opaque à une certaine distance de la cristalloïde et le centre paraît plus foncé; on dirait un nuage grisâtre plus épais au centre.

Il sort le 19 avril.

CXCIV.

Cataracte commençante, périphérique. — Presbytie. — Diminution très notable de la vue. — Quatre-vingt-neuf évacuations de l'humeur aqueuse. — Retour complet de la vue. — Diminution de la presbytie. — Disparition complète de l'opacité.

Joseph N., âgé de 56 ans, employé dans un ministère à Turin, entre le 9 décembre 1861.

Jouissant d'une excellente santé, il a un léger tremblement de la main droite, provenant probablement de sa profession, qui l'oblige à écrire beaucoup.

La vue de l'œil droit est limitée à la perception de la lumière depuis l'âge de 10 ans, à la suite d'un coup qu'il reçut sur l'œil. La pupille ne se meut que lorsqu'on provoque les mouvements de la pupille de l'autre œil. La papille est atrophiée, sans vaisseaux.

Dans la choroïde la circulation est conservée à peu près normale, çà et là cependant les gros vaisseaux de la choroïde sont jaunâtres, moins rouges.

Depuis cinq ans il dut prendre, pour écrire, des lunettes biconvexes, dont il dut augmenter trois fois le numero; maintenant il se sert du N° 6, le seul avec lequel il puisse lire. Depuis un mois il ne peut plus écrire; il lit, avec la lentille indiquée, le N° 4 de l'échelle de Jaeger en tournant le dos à la lumière. Après une lecture de quelques lignes, la vue est tellement fatiguée qu'il ne peut continuer.

Il ne distingue aucun objet sans lunettes, il peut à peine

compter les doigts; avec ses lunettes il voit jusqu'à la distance de deux pas les traits d'une personne; à une distance plus grande les traits lui échappent et sont cachés complétement par un nuage, au travers duquel il voit tous les objets; chambre antérieure un peu diminuée dans sa dimension, comme dans la presbytie. La pupille, à œil nu, est voilée, cendrée, fait soupçonner une cataracte; la vue est bien plus distincte à l'ombre qu'à la lumière vive depuis deux mois.

On dilate la pupille. A l'ophthalmoscope le fond de l'œil est vu comme au travers d'un nuage, et à un éclairage peu intense on voit comme de petites lignes, très peu sensibles, de très petites stries dans le cristallin un peu moins transparentes.

A l'éclairage latéral on voit un reflet général cendré, un pointillement excessivement fin donnant un reflet très prononcé, plus grisâtre lorsque l'extrémité du cône lumineux est portée sur la substance corticale, en avant, en arrière et à la périphérie. Les segments normaux du cristallin sont bien marqués et la substance intermediaire paraît aussi en quelques points un peu voilée.

Du 9 au 14 dicembre on se limite à ordonner trois purgatifs, des douches froides sur les yeux.

14. — Paracentèse; une évacuation chaque jour; humeur aqueuse peu salée, peu abondante.

18. — Humeur aqueuse un peu plus abondante; chambre antérieure un peu plus ample. Le malade voit plus clair; on ne peut faire aucun examen certain quant à la vue, la pupille étant encore dilatée par des instillations d'atropine, qu'on a continuées; à l'éclairage latéral même aspect du cristallin.

Du 19 *au* 31. — Onze évacuations; l'humeur aqueuse a conservé à peu près la même abondance, elle est salée; la pupille étant resserrée et mobile, le malade lit, avec la lentille N° 7, le N° 3 en entier sans se fatiguer; il voit à quatre pas les traits d'une personne (avec ses lunettes N° 6). On dilate la pupille, la vue est plus claire, mais alors il ne peut plus distinguer que les gros objets à la distance indiquée; l'état de l'opacité à œil nu, est peu modifié; mais le reflet des couches périphériques, à l'éclairage latéral, est bien moins prononcé; les segments du cristallin sont un peu moins prononcés, obscurs, un peu moins tranchés. A l'ophthalmoscope on ne voit plus les stries.

Du 2 *janvier au* 31. — Vingt-deux évacuations; le malade ré-

pond aux questions qu'on lui fait sur l'état de sa vue, qu'il ne peut se rendre compte de l'amélioration qu'il éprouve, que la vue augmente insensiblement comme les jours grandissent d'une façon insensible dans la saison où nous nous trouvons.

1er *février.* — Le malade lit, avec un lentille N° + 8, le N° 3 en entier, voit les traits de la face à cinq pas avec ses lunettes N° 6. Il lit chaque jour sans se fatiguer deux colonnes d'un journal politique. La pupille étant resserrée, on ne voit que bien peu de reflet, même avec l'éclairage latéral ce reflet est plus prononcé vers le pôle postérieur.

Du 1er *février au* 15 *mars.* — Trente-trois évacuations. Le malade lit, avec une lentille N° + 8, le N° 3, lit un journal politique presque en entier chaque jour; voit à six pas les traits d'une personne avec ses lunettes, qu'il a changées pour prendre le N° 8; on dilate la pupille et on voit à l'éclairage latéral que le reflet est devenu presque imperceptibile. On distingue toujours les segments du cristallin, mais les espaces qui les séparent sont moins prononcés. Le malade peut écrire, mais il ne peut le faire longtemps sans en être fatigué.

Du 15 *mars au* 24 *avril.* — Trente évacuations; même état de la vue, sauf qu'il peut écrire un peu plus longtemps de suite, et qu'avec ses lunettes il distingue les personnes d'un côté à l'autre des plus larges rues; il distingue les arbres à deux kilomètres; il voit les objets tout à fait sans nuage; après avoir dilaté la pupille, on essaie en vain de provoquer le reflet par l'éclairage latéral, le reflet qu'on aperçoit encore n'a plus lieu que si l'extrémité du cône lumineux touche tout à fait sur la face interne de la cristalloïde à sa périphérie.

Le 24 avril M. N. reprend ses occupations au ministère. Pendant quelques jours il eut de la peine à écrire, mais le 1er mai il assure qu'il écrit six heures sans se fatiguer.

1er *juin.* — M. N. écrit au prof. Sperino une lettre, qu'on peut dire modèle de calygraphie, dans laquelle il le remercie chaudement de la guérison obtenue.

En ce moment (fin de septembre) l'amélioration ne s'est pas démentie: la main, dit-il, est plus vite fatiguée que son œil lorsqu'il écrit.

Depuis le 1er mars jusqu'ici le malade a pris chaque jour quatre pilules de iodure de potassium et aloès (iodure de potassium 8 grammes, aloès 3 grammes pour 60 pilules).

CXCV.

Cataracte diabétique avancée aux deux yeux. — Exorbitisme grave. — Trente-six évacuations. — Diminution de l'exorbitisme. — Diminution très notable de l'opacité. — Retour satisfaisant de la vue. — Présence du sucre dans l'humeur aqueuse. — Traitement du diabète. — Chlorate de potasse, amélioration du diabète et disparition du sucre dans l'humeur aqueuse.

Marie R., âgée de 40 ans, de Bra, entre le 11 décembre 1861.

Il y a quatre ans, à la suite d'un quatrième accouchement en tout normal, elle eut pendant quelques mois des éblouissements de la vue, qui duraient quelques heures et reparaissaient une ou deux fois par semaine. Ces éblouissements cédèrent, mais alors elle s'aperçut qu'elle avait une polyurie très abondante avec soif abondante. Depuis six mois la vue baisse progressivement; sa santé a été assez bonne jusqu'il y a deux mois, elle devint très faible. Depuis quelques semaines elle mange très peu; l'urine, examinée au lait de chaux et à la potasse, contient une quantité fort grande de glycose.

Yeux durs, sortant de l'orbite, à peine recouverts par les paupières; chambres antérieures presque effacées; pupilles un peu larges; elle compte les doigts, voit la place du nez, de la bouche des personnes qu'elle regarde de très près; la vue est égale dans les deux yeux. Opacité égale dans les deux yeux; stries nombreuses blanches partant du centre du pôle postérieur et s'avançant en avant jusque près du pôle antérieur appliquées à la cristalloïde, et en se renflant un peu vers l'équateur et finissant en avant en pointe, comme composées de granulations placées à la suite les unes des autres. La substance du cristallin est toute entière, uniformement un peu opaque, à reflet bleuâtre.

11 *décembre* — Paracentèse.

20. — Evacuations jusqu'au 10 janvier; humeur aqueuse d'une saveur très sucrée, saveur qui ne varie pas, quoique la quantité de l'humeur aqueuse augmente chaque jour. L'humeur aqueuse, examinée par M. le professeur Moleschott, contient du sucre.

Chambre antérieure de grandeur normale; pupilles resserrées et mobiles; yeux moins durs, bien moins proéminants; la malade voit bien les personnes à un pas de distance; l'opacité générale du cristallin s'est raréfiée, les stries ne vont plus au délà de l'équateur; en arrière et à l'équateur pas de changements; la malade a pris quelques légers purgatifs d'opium à haute dose pendant quelques jours et préparations ferrugineuses. L'appétit est revenu et aussi un peu les forces. Même quantité de sucre, égale polyurie et polydipsie.

Du 10 janvier 1862 au 4 février, 16 évacuations.

10 *janvier.* — Chlorate de potasse à l'intérieur, cinq grammes par jour, jusqu'au 20; polyurie égale, polydipsie diminuée un peu; le 11 l'humeur aqueuse n'est plus sucrée, le 12 elle est salée et se conserve salée jusqu'à sa sortie.

L'urine contient beaucoup moins de sucre; l'humeur aqueuse n'en contient plus et contient du chlorure de sodium en quantité presque normale.

A sa sortie, les yeux sont toujours un peu proéminents, comme au dernier examen, mais ils le sont peu. Les stries ont disparu, sauf à l'équateur, où on en voit quelques vestiges. Opacités uniformes d'un reflet bleu cendré, très légères, comme un brouillard au travers duquel on voit un ciel bleu. La pupille n'étant pas dilatée, la malade voit des deux yeux une aiguille très fine à 40 centimètres de distance. Elle dirige facilement ses pas; ses forces augmentent et elle fait des promenades toute seule à un kilomètre de distance. Elle continuera le chlorate; elle sort le 5 février.

CXCVI.

Cataracte dure, complète aux deux yeux, cécité. — Soixante trois évacuations. — Diminution au moins des deux tiers de l'opacité, retour très notable de la vue. — Repos d'un mois et demi. — Peu de progrès de l'affection. — Nouvelle série de vingt évacuations (en tout quatre-vingt-trois), — Nouvelle amélioration de la vue. — Diminution de la presbytie. — Eclaircissement notable de l'opacité.

Dominique A., âgé de 52 ans, porte-faix à la douane de Turin, entre le 13 octobre 1861.

Il s'était présenté le 15 août. Depuis un an la vue diminuait dans les deux yeux, lentement et progressivement; pendant les premiers mois il vit les objets voilés, il était incommodé par la vue d'étincelles qui passaient au devant des yeux, surtout de nuit. Depuis trois mois il voit tout les objets comme au travers d'un brouillard épais, qui paraît un peu moins sombre le soir, à l'ombre.

Depuis quinze jour il a cessé sa profession et il est envoyé à l'hôpital avec un certificat du médecin de la société des ouvriers, dans lequel l'affection est diagnostiquée comme cataracte non complète ; il ne peut plus lire.

Buveur et fumeur à l'excès, il a eu plusieurs maladies, qui toutes paraissent avoir été des congestions cérébrales. Dans ces vingt dernières années il a été saigné plus de cent fois.

On diagnostiqua cataracte dure non complète aux deux yeux, on ordonna au malade des pilules d'iodure de potassium, huit grammes, et extrait aqueux d'aloès trois grammes pour soixante pilules (six par jour). On opérera le malade quand il ne pourra plus diriger ses pas ni connaitre les personnes, ce qu'il peut bien faire encore aujourd'hui.

13 *octobre.* — Le malade est retiré à l'hôpital, il y a dans les deux yeux une cataracte dure, complète, opacité uniforme, grisâtre, un peu plus foncée dans le centre, il ne connaissait plus aucune personne, même lorsqu'on eut dilaté la pupille; l'opacité et la

cécité sont égales dans les deux yeux; on ne peut rien découvrir du fond de l'œil.

Paracentèse; évacuations répétées (une par jour) jusqu'au 28; on lui fait continuer les pilules.

26. — La pupille étant resserrée, le malade voit bien la figure de l'opérateur; l'opacité paraît plus sombre, plus raréfiée; le malade ne sent plus aucune pesanteur de tête et la lumière vive, qui auparavant le gênait, ne l'incommode plus.

28. — Injection près de la plaie des deux côtés; instillations répétées d'atropine; la pupille se dilate lentement.

30. — La pupille est tout à fait dilatée; l'injection a cessé; l'opacité est plus limitée vers le centre, on commence déjà à voir noirâtre la périphérie du cristallin; le centre à pris un reflet un peu verdâtre. Le malade distingue quelques grosses lettres.

Du 30 octobre au 15 novembre douze évacuations; l'humeur aqueuse devient plus salée qu'aux premiers jours et est un peu plus abondante.

Les pupilles étant à peine un peu dilatées, le 15 le malade lit assez bien, à la distance d'un demi-mètre, le dernier caractère de l'échelle; il distingue toutes les monnaies à la même distance; les opacités deviennent toujours plus raréfiées.

Du 15 novembre au 12 décembre vingt-deux évacuations; le 12 décembre les pupilles étant tout à fait resserrées et mobiles, le malade lit couramment à la distance de 20 centimètres le N° 9 de l'échelle, à trois pas de distance il lit le dernier numéro. Quand on eut dilaté la pupille, on vit que l'opacité avait diminué dans les deux yeux également; opacité centrale d'un gris verdâtre, envahissant au plus le tiers du cristallin et peu dense; la vue est bonne après cette dilatation des pupilles.

Du 12 au 31 décembre quatorze évacuations; pas d'amélioration de la vue; le malade est morose, parle peu, profite de chaque moment de sortie de l'hôpital pour boire et souvent il rentre ivre; il se plaint de quelques maux de tête; l'opacité s'est un peu limitée encore; on peut assez facilement découvrir les pupilles, qui ne présentent rien d'anormal.

Du 1er au 16 janvier 1862 huit évacuations seulement; le malade a un peu de conjonctivite catarrhale; il continue à boire et se fait renvoyer de l'hôpital; même état de la vue et de l'opacité.

8 évacuations sont faites du 16 au 31 janvier sans amélioration.

Le malade ne se présente que le 15 mars; il y a de nouveau un peu d'intolérance de la lumière, mais, quant à la vue et à l'opacité, elles ne présentent pas de variété depuis le dernier examen. Paracentèse; évacuations; la photophobie disparaît le jour même.

Du 15 mars au 11 avril, jour de sa sortie, vingt évacuations, l'humeur aqueuse a augmenté un peu. Le malade lit très bien le N° 7 à 10 centimètres de distance et voit plus loin qu'auparavant les gros objets, il connaît les personnes à plus de quinze pas. On dilate la pupille et on voit que l'opacité, assez bien limitée, est réduite au quart du cristallin à peu près; elle est verdâtre en face, bleuâtre quand on la regarde de côté; des deux yeux l'amélioration est égale. Depuis dix jours il rentre chaque soir ivre.

Tout laisse supposer que le traitement aurait procuré encore un résultat bien plus satisfaisant.

CXCVII.

Cataracte traumatique. — Cent-soixante-sept évacuations de l'humeur aqueuse. — Modification de l'opacité. — Atrophie du cristallin. — Amélioration presque nulle de la vue. — Opération avec succès.

Angèle T., âgée de 15 ans, de Coni, entre le 31 octobre 1861.

Il y a un an et demi elle reçut un coup de pierre sur l'œil gauche, il n'y eut pas de réaction, mais un mois après la vue était éteinte dans cet œil.

Opacité volumineuse, totale, uniforme blanc éclatant; on ne voit pas de traces de rupture de la cornée, ni de la cristalloïde.

31 *octobre*. — Paracentèse, évacuations (une par jour jusqu'au 15 novembre). La malade voit la main; la pupille étant dilatée, on voit l'opacité moins uniforme, comme à gros flocon, surtout à la partie interne. La quantité de l'humeur aqueuse a augmenté.

Du 15 *novembre* 1861 *au* 1er *janvier* 1862. — Trente-deux évacua-

tions; même état de la vue; l'opacité a pris un aspect plus floconneux, d'un blanc un peu moins resplendissant.

Du 1er janvier au 1er mars. — Quarante évacuations; l'opacité paraît rompue au côté interne; dans ce point elle a un aspect cendré; la malade voit, lorsque la pupille est dilatée, la main et compte les doigts; opacité devenue plus petite, comme aplatie; on ne voit plus de flocons; aspect blanc assez uniforme.

Mars, avril, mai et juin. — Quatre-vingts évacuations; la malade compte les doigts; la pupille étant fermée, le cristallin est atrophié, plat, de la couleur du blanc d'œuf cuit; on ne voit plus de fente au côté interne.

17 *juillet.* — Discission du cristallin par la sclérotique, l'opacité se divisa avec la plus grande facilité en petites lamelles semblables à la *pelure* d'un œuf très légères, qui, portées dans la chambre antérieure, y occupèrent peu de place et qui sortirent toutes avec l'humeur aqueuse à peine le couteau lancéolaire avec lequel on avait fait une incision linéaire à la cornée, fut retiré de la plaie; pupille tout à fait libre après l'opération; la piqure sclérotícale faite avec l'aiguille donna du sang rouge pendant plusieurs minutes; le succès fut assuré par des évacuations de l'humeur aqueuse répétées pendant trois jours (deux par jour, matin et soir).

CXCVIII.

Cataracte à demi-dure. Quatre-vingt-quinze évacuations. — Amélioration de la vue. — Changement dans l'aspect de l'opacité dans les deux derniers mois du traitement.

Marguerite T., âgée de 60 ans, de Robasomero, province de Turin, entre le 25 novembre 1861.

Opérée au mois de mai dernier avec succès de cataracte demi-molle dans l'œil gauche, par discission sclérotícale et extraction linéaire par la cornée.

Depuis un an la vue faiblit dans l'œil droit, depuis six mois la cécité est complète; opacité de couleur blanche, à reflet perlé, luisant, mais un peu obscure dans les couches plus profondes

qui se présentent en fragments en forme de coings ayant leur base à l'équateur; au centre l'opacité a un aspect pointillé.

28 *novembre au* 28 *mars* 1862. — Quatre-vingt-quinze évacuations; sans résultat pour la vue autre que de pouvoir compter les doigts depuis le commencement de février. L'opacité est d'une couleur blanche, uniforme, très opaque, comme d'albumine coagulée dans toute son étendue, et cette transformation s'est faite insensiblement depuis le 25 janvier; ce jour-là l'examen, à pupille dilatée, n'avait fait noter aucun changement.

Elle sort le 29 mars 1862.

CXCIX.

Cataracte probablement traumatique, demi-molle. — Quatre-vingt-quinze évacuations. — Changements notables dans l'opacité avec légère augmentation de la transparence et de la vue. — Exorbitisme dans les deux yeux, plus prononcée dans l'œil cataracté. — Diminution prompte de l'exorbitisme dans l'œil opéré. — Opération de la cataracte par extraction linéaire. — Evacuations de l'humeur aqueuse pendant trois jours avec succès.

Joseph F., âgé de 28 ans, cordonnier, de Bielle, entre le 19 décembre 1861.

D'une bonne constitution, ayant le cou un peu gros, sans aucun bruit anormal du cœur, il a senti sa vue faiblir de l'œil gauche. Depuis deux ans il s'est donné plusieurs fois des coups de poingt sur l'œil lorsque le fil avec lequel il cousait se rompait, mais il ne se souvient pas si la diminution de la vue correspond à cette cause. Les deux yeux et surtout le gauche sont très proéminents. La vue est très bonne à droite, à gauche il distingue à peine le jour de la nuit, même après la dilatation de la pupille.

Opacité volumineuse, blanche comme du coton, ondulée comme du coton trempé dans de l'eau.

20 *décembre.* — Paracentèse; quinze évacuations jusqu'au 10

janvier 1862. A chaque évacuation on voit suinter du sang de la face antérieure de l'iris, à mesure que l'humeur aqueuse, médiocrement abondante, sort. L'humeur aqueuse sort à jets, probablement à cause des contractions très fortes des paupières et des muscles oculaires. Le sang s'absorbait d'un jour à l'autre, mais l'hémorrhagie continuant, on prit le parti de ne vider, jusqu'au 10, qu'à moitié la chambre antérieure. Le malade voit passer la main; l'opacité présente le même aspect un peu plus raréfié. L'exorbitisme de l'œil droit a diminué et les deux yeux sont maintenant également proéminents.

Du 10 *janvier au* 1er *mars.* — Quarante évacuations complètes, l'hémorrhagie ne se reproduisant plus; il compte les doigts à la distance de 40 centimètres, voit une grosse aiguille en bas. L'opacité s'est uniformément rarifiée, est moins blanche, ressemble à de la neige à demi-fondue dans l'eau. L'aspect à flocon est conservé au centre et en haut.

Du 1er *mars au* 21 *avril.* — Quarante évacuations. La vue n'a presque pas augmenté, il dit seulement qu'il voit les objets plus distinctement. L'opacité a perdu tout aspect floconneux.

Du 1er *mars au* 30 *mai.* — Quarante évacuations. Cet œil connaît à un mètre les personnes. L'opacité a disparu à une très petite profondeur dans les couches plus voisines de la cristalloïde antérieure, ce qui donne à la cataracte un aspect concave. Du reste même couleur uniforme.

10 *juin.* — Discission de la cataracte par la sclérotique, il coula pendant trois ou quatre minutes un sang rouge clair de la piqure; les débris peu nombreux, l'opacité étant peu épaisse, sont poussés dans la chambre antérieure et tous extraits par une incision linéaire faite à la cornée. Evacuations (deux par jour) pendant trois jours; pas de réaction, mais quoique toute l'opacité parut avoir été extraite, on vit au bout de quelques jours des fragments de cristallin dans la pupille qui devinrent peu à peu opaques et s'absorbèrent ensuite.

L'exorbitisme est au même point dans les deux yeux.

CC.

Cataracte traumatique partielle limitée et stationnaire pendant trente-deux ans. — Diminution de transparence de la rétine, atrophie de ses vaisseaux au côté interne. — Amaurose glaucomateuse. — Limitation du champ visuel. — Cataracte corticale profonde commençante. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Disparition de la cataracte et de la congestion de la choroïde.

François M., âgé de 40 ans, de S. Germano, entre le 3, en sort le 15 janvier 1862.

Glaucome presque complet dans l'œil droit avec cataracte partielle.

Petite opacité du cristallin limitée, blanche, superficielle à la partie plus externe de la pupille, qui est un peu dilatée et presque immobile, paraissant comprendre la capsule et la couche corticale plus superficielle antérieure; résultat d'une blessure faite avec une aiguille à l'âge de 8 ans et dont on ne voit pas de traces; diminution notable de la vue depuis cette époque. A l'éclairage latéral reflet bleuâtre, gris, de très petites granulations presque imperceptibles, superficielles, sur toute la surface profonde de la cristalloïde antérieure.

Depuis un an et demi la vue diminue avec des alternatives d'améliorations et de temps d'arrêts irréguliers dans les progrès de l'affection. Depuis trois mois la vue est limitée à la perception de l'ombre de la main, par exemple, quand on la met au côté externe seulement. Depuis cette époque la maladie a fait peu de progrès; avant cet abaissement plus récent de la vue le malade se servait de son œil et voyait bien les plus petits objets à toute distance; il n'éxiste que le phosphène interne. Enfoncement de la papille, pas de battements du vaisseaux. Aspect de la choroïde presque comme dans le glaucome; au côté externe, autant qu'on peut le voir à cause de l'opacité, les vortex ont presque disparu. Trouble grisâtre général de la rétine, à travers laquelle on voit avec peine quelques lignes profondes un peu rosées, sans traces de vaisseaux rétiniens.

La tension du bulbe paraît augmentée; chambre antérieure un peu étroite.

Evacuation de l'humeur aqueuse, une fois par jour.

Le malade acquiert chaque jour une quantité de l'humeur aqueuse, augmentée un peu dès le premier jour ; la pupille se resserra aussi au bout de quelques jours et devint mobile, couvrant presque totalement l'opacité du cristallin quand la lumière est vive. Les phosphènes supérieurs et inférieurs reparurent au cinquième jour de traitement.

Le malade pouvait épeler les N^os^ moyens à sa sortie, seulement, en plaçant le livre un peu en déhors, l'axe de l'œil étant dirigé vers l'objet. En bas, en haut il compte les doigts. Il ne perçoit pas la lumière placée en dedans, l'axe du bulbe étant dirigé en avant. L'enfoncement de la papille a disparu ; les gros vaisseaux sont mieux tracés, d'un rouge moins brun. En dedans on ne peut voir aucun changement. La pupille, très sensible à la lumière et rétrécie ne permet pas un examen ophthalmoscopique attentif et sur. L'éclairage latéral ne laisse plus apercevoir la reflexion grisâtre que nous avons dit exister dans la couche plus superficielle du cristallin.

Probablement il y avait oblitération des vaisseaux de la choroïde et dilatation de la rétine depuis la lésion traumatique.

CCI.

Glaucome. — Choroïdite avec limitation du champ visuel. — Cataractes glaucomateuses commençantes. — Evacuations de l'humeur aqueuse. — Guérison des opacités. — Amélioration très notable du glaucome. — Récidive légère. — Evacuations. — Disparition de l'opacité. — Amélioration très grande de la vue.

André S., âgé de 58 ans, d'Alba, pêcheur, entre le 17 février, sort le 3 mai 1862.

Depuis deux ans la vue diminue avec des alternations de temps d'arrêts et progrès plus rapides dans l'affection ; sans douleurs.

A droite la partie supérieure et externe de la rétine est insensible, il peut encore compter les doigts de cet œil. A gauche les parties centrales, externe et inférieure de la rétine sont seules sensibles; il ne peut lire, il voit assez pour se conduire avec peine, il ne voit pas les objets de près ; presbytie assez prononcée. Les phosphènes manquent dans les points correspondants à l'insensibilité de la rétine.

Pupilles dilatées et verdâtres; chambres antérieures presque complètement abolies; cristallins déjà assez opaques, c'est-à-dire qu'à l'illumination latérale on voit, surtout à la superficie antérieure et postérieure, un reflet plus grisâtre, pointillé avec de petites stries dans le pôle postérieur et à l'équateur.

Dans les deux yeux: on voit le fond de l'œil comme à travers un brouillard; dilatation très prononcée des gros vaisseaux de la choroïde et injection qui donne à la choroïde un aspect rouge foncé; ces symptômes sont plus prononcés là où la rétine est insensible; papilles verdâtres; pigment péri-papillaire, surtout en dehors, d'aspect ardoisé; pas d'enfoncement des papilles; à droite battements d'une des veines centrales plus dilatées et conservant son calibre et ses pulsations presque égales jusque bien loin sur la rétine. A droite la papille est limitée par un cercle de pigment très prononcé et noir. Une évacuation par jour dans les deux yeux, une purgation chaque semaine.

1er *mars*. — La chambre antérieure a presque repris ses dimensions normales, pupilles mobiles, il voit mieux à plus courte distance; pas de changement dans le fond de l'œil, sauf une injection de la choroïde un peu moins prononcée dans les deux yeux.

25. — A l'illumination latérale plus de traces du reflet blanchâtre granulé de la superficie antérieure des cristallins. Aux pôles postérieurs on voit encore les stries, qui sont un peu diminuées; injection choroïdienne bien diminuée dans les points où elle était plus forte; on voit bien distinctement les bords des gros vaisseaux à marche plus rectiligne. Le pigment paraît un peu raréfié dans ces points ; partout la couche pigmentaire paraît plus lisse, plus régulière. Les phosphènes et la sensibilité de la rétine ont reparu partout.

On continue les évacuations six fois par semaine, avec amélioration progressive. Au moment de la sortie il ne reste pas de traces d'opacité du cristallin; la choroïde est dans l'état que

nous avons décrit le 25 mars, moins injectée ; le pigment péri-papillaire est moins ardoisé, il a pris une couleur plus grisâtre. Etat de la rétine et des papilles comme le 1er jour, sauf le battement de la veine droite qu'on n'aperçoit plus; il lit de l'œil gauche à toutes distances normales avec difficulté, de l'œil droit il y voit comme l'œil gauche voyait à son entrée.

Il rentre le 10 juillet 1862.

La vue de l'œil droit s'est à peu près maintenue ; il voit un peu moins de l'œil gauche, qui ne peut plus lire; le brouillard qu'il avait encore devant les yeux a augmenté un peu, ainsi que la presbytie; à l'éclairage latéral on ne voit plus de stries, mais bien cette opacité granulée en avant et en arrière des couches périphériques du cristallin; chambres antérieures du nouveau presque effacées; pas de battements des vaisseaux de la papille, pas d'enfoncement de la papille.

10 *juillet au* 1er *septembre.* — Douze évacuations aux deux yeux, l'humeur aqueuse a augmenté; la vue permet, dans l'œil droit, de lire les caractères N° 12, dans le gauche le N° 5, et à la distance de 20 centimètres. En dilatant la pupille on ne voit plus aucune trace de l'opacité.

Il sort le 2 septembre.

CCII.

Cataracte complète dans un œil, un peu moins avancée dans l'autre. — Soixante-une évacuations de l'humeur aqueuse dans les deux yeux. — Changements dans le cristallin complètement cataracté, pas d'amélioration de la vue. — Diminution très notable de l'opacité dans l'autre œil, lente à se manifester. — Augmentation assez notable de la vue.

Louis C., âgé de 20 ans, campagnard, d'Ivrée, entre le 9 mars 1860.

Depuis un an la vue baisse dans les deux yeux à la fois, mais la cécité progressa plus rapidement dans l'œil droit, qui souffrit pendant quelques semaines de conjonctivite catarrhale. A peu près

à l'époque où s'était déclarée l'affection, de violentes céphalalgies avaient été combattues par des saignées. Depuis quatre mois la cécité est complète dans l'œil droit. De l'œil gauche il compte avec peine les doigts.

L'opacité droite n'est pas uniforme (pupille dilatée), mais parsemée de pointillements très fins et de petits points un peu plus gros et plus blancs. La substance qui forme le fond de ces pointillements est presque transparente; en avant, dans les parties postérieures et surtout à l'équateur il y a quelques stries larges étoilées partant du pôle postérieur. L'opacité dans son ensemble est d'un blanc sombre granulé.

L'opacité gauche est bien moins avancée, mais de même aspect: sur un fond de couleur de blanc d'œuf non coagulé, un grand nombre de pointillements.

Le malade est grêle, pâle.

9 *mars*. — Paracentèse; treize évacuations jusqu'au 24. Il compte les doigts de l'œil droit; dans l'œil gauche la vue est au même point. A droite l'opacité, sauf les stries, qui sont toujours visibles quoique plus espacées, présente le même aspect qu'à gauche où elle n'a pas changé. L'humeur aqueuse est plus abondante dans les deux yeux.

Du 24 mars au 3 avril cinq évacuations, pas de changements ni dans la vue ni dans l'opacité.

Du 3 avril au 26 mai vingt-huit évacuations. Dans l'œil gauche, à pupille resserrée, à peine aperçoit-on traces d'opacité. Le malade ne peut lire, mais il distingue les lignes. Dans l'œil droit pas de changements de la vue. L'opacité gauche n'a pas disparu (pupilles dilatées), elle a conservé son aspect général de blanc d'œuf non coagulé, avec des pointillements blancs assez nombreux; il semble qu'un grand nombre de pointillements ont disparu. A droite pas de changement dans l'opacité.

Du 26 mai au 21 juin vingt évacuations; l'œil droit distingue les doigts les uns des autres; l'œil gauche voit les espaces qui séparent les mots, mais ne peut lire; l'opacité droite est dans le même état, seulement les lignes, les stries, en se limitant plus nettement, tranchent en blanc sur le fond du reste de l'opacité. A gauche, la pupille étant dilatée, on dirait un œil glaucomateux; on voit le fond de l'œil et les vaisseaux de la rétine comme au travers d'un nuage très dense.

26 *juin.* — Abaissement à l'aiguille dans l'œil droit avec léger déchirement de la capsule; l'opacité s'abaissa en entier sans se laisser broyer, comme on voulait le faire pour l'extraire ensuite par la cornée. On la voit nager en bas de la pupille. La piqure scléroticale donna pendant une minute à peu près un peu de sang rouge. Pas d'accident, sauf que l'opacité, que l'on voyait flotter en bas de la pupille, remonta vers le milieu de juillet, et obtura la pupille dans sa moitié inférieure, gênant beaucoup la vue, par son tremblement violent au moindre mouvement de l'œil; au moment de la sortie l'opacité s'absorbe, elle est déjà très atrophiée.

Œil gauche; dans cet intervalle, la vue n'a pas faibli et l'opacité est dans le même état. Il sort le 3 août.

CCIII.

Cataracte ancienne, peut-être traumatique. — Traces d'iritis légère. — Onze évacuations de l'humeur aqueuse. — Amélioration de la vue. — Diminution de l'opacité.

François L., âgé de 11 ans, de Piossasco, entre le 1er mars 1862.

Aveugle depuis un an et demi de l'œil droit. Les parents ne savent donner d'autre renseignement; cet œil distingue à peine le jour de la nuit; la pupille ne se dilate qu'après plusieurs instillations et on voit en dedans une petite tache de pigment sur la cristalloïde antérieure.

Les deux iris n'offrent aucune différence sensible entre eux. Opacité très blanche dans le centre, tout à fait voisine de la cristalloïde, devenant insensiblement moins blanche, mais toujours tout à fait opaque du centre à l'équateur. Très bonne constitution.

4 *mars.* — Paracentèse; trois évacuations jusqu'au 7. Le centre de l'opacité toujours aussi blanc, autour de cette tache blanche la couleur du cristallin a pris une couleur plus foncée, raréfiée. Le malade compte très bien les doigts avant la dilatation de la pupille.

7 *au* 24. — Huit évacuations (une chaque deux jours). L'opacité centrale est encore bien marquée, toujours près de la cristal-

loïde, est de couleur grise-blanchâtre tout autour jusqu'à l'équateur, l'opacité s'est très sensiblement raréfiées, elle n'existe même plus vers l'équateur. Il distingue un porte-plume (pupille à demi-dilatée), voit les plis de la paume de la main.

CCIV.

Cataracte commençante centrale dans un œil. — Vingt-une évacuations. — Guérison complète. — Cataracte presque complète dans l'autre œil. — Trente évacuations. — Amélioration très prononcée de la vue et diminution très notable de l'opacité. — Erésipèle avec abcès retro-oculaire, phlegmon, gangrène très étendue du côté de l'oeil guéri et dans lequel le traitement était suspendu depuis une semaine. — Cristallin extrait tout à fait sain et transparent. — Augmentation de l'opacité dans l'autre après la convalescence. — Discission et extraction linéaire. — Choroïdo-iritis grave. — Evacuations. — Iridectomie et nouvelles évacuations. — Guérison.

Marie M., de Canale (district d'Alba), âgée de 50 ans, tailleuse, entre le 12 mars 1862.

Depuis plusieurs années la vue de cette pauvre femme, maigre, d'une constitution très affaiblie, se fatiguait très vite après un travail prolongé, surtout à la lumière artificielle; depuis un an la vue diminua dans l'œil gauche, qui ne distingue plus que l'ombre de ses doigts passés devant la figure et à une lumière peu intense. Depuis un mois la vue diminue rapidement dans l'œil droit, et depuis cette époque elle ne peut plus s'occuper à coudre. Elle voit cependant assez pour distinguer facilement les objets de moyenne grandeur, mais comme au travers d'un léger nuage.

A droite il y a une opacité dans le cristallin d'un blanc verdâtre plus intense au centre; les couches corticales sont à peu près transparentes tout à fait à la périphérie, et deviennent in-

sensiblement opaques en s'approchant du noyau opaque et volumineux.

Dans l'œil droit même aspect de l'opacité, moins l'intensité ; ainsi le centre est moins marqué, d'un blanc verdâtre dans une étendue moindre. Sensation de tension continuelle par moment douloureuse dans les deux yeux; un peu d'intolérance de la lumière. On ne peut qu'avec peine distinguer la trace de la papille dans l'œil droit seulement.

13 *mars.* — Paracentèse; une évacuation par jour du 13 au 28; sept évacuations dans l'œil droit, neuf dans le gauche; amélioration quotidienne.

L'œil droit voit à toute distance les plus petits objets; on n'aperçoit plus qu'un reflet imperceptible général un peu cendré du cristallin comme chez tous les vieillards; à gauche il y a aussi amélioration notable de la vue, mais à mesure que cette amélioration augmente la malade est obligée, pour éviter la confusion, de fermer cet œil, qui seul voit bien distinctement. L'opacité se réduit à la partie plus centrale, la périphérie est tout à fait transparente, et le noyau réfléchit une couleur blanche cendrée; la malade voit de très petits objets.

Du 28 *mars au* 18 *avril.* — Douze évacuations à gauche et cinq à droite dans les deux yeux; l'œil droit ne présente plus aucun reflet; la vue est tout à fait normale à droite, sans presbytie; de l'œil gauche elle enfile une aiguille. L'opacité centrale se raréfie, perd de sa couleur verdâtre. Dans les deux yeux l'humeur aqueuse est devenue plus sale que les premiers jours. On peut voir facilement le fond de l'œil normal dans les deux yeux.

On cesse les évacuations à droite; à gauche on fait six évacutions du 18 au 25 avril, mais on dut les suspendre pour une très grave maladie. Une érésipèle se déclara, dans la nuit, à la; face, envahissant les joues, les paupières, les tempes et le front coma; deux saignées; 0,15 d'émétique en lavage en continuation pendant huit jours. Le soir le gonflement de la paupière supérieure droite était très fort; ponction profonde avec le bistouri dans trois points en rasant la face supérieure de l'orbite; il ne sort que du sang.

26. — La paupière supérieure droite est plus œdématée; encore ponction très profonde au dehors de l'orbite, il sort un flot de pus; le coma diminue de suite.

27. — Autre incision profonde au côté interne; il sort encore du pus; il se déclare chémosis, exophthalmie progressive; la cornée, le 28, s'obscurcissait malgré le soin que l'on avait pris de tenir des charpies fines baignées d'eau glacée pour préserver la cornée, que les paupières ne pouvaient plus recouvrir; les paupières, la peau de la tempe droite se sphacélèrent dans toute leur étendue; et le 3 mai la cornée, complètement opaque la veille, était tombée. Une légère pression fit sortir le cristallin enveloppé de sa capsule. Jamais cristallin extrait sur le cadavre n'a paru aussi transparent, aussi pur que le cristallin ainsi extrait Il avait une teinte légèrement ombrée; la capsule était intacte, et en le plaçant sur une feuille de papier très fin on pouvait en voir, au travers de ce grossissement, les moindres irrégularités. Conservé dans l'eau pure, la substance corticale plus périphérique devient bientôt un peu opaque, comme il arrive du reste pour les cristallins transparents extraits sur le cadavre lorsqu'on les jette dans l'eau.

La malade, excessivement affaiblie, eut beaucoup de peine à supporter le travail de réparation de la vaste perte de substance laissée par le sphacèle. Ce ne fut qu'au mois d'août que la cicatrice eut à peu près comblé le vaste vide laissé par l'affection; les paupières sont complètement détruites.

Aux premiers jours du mois d'août elle ressent des crampes douloureuses aux extrémités supérieures, des douleurs à l'occiput, que l'on fit disparaître aux moyens de vésicatoires à la nuque, de douches froides, de l'iodure de potassium et des purgatifs à l'intérieur.

Pendant cette longue période l'opacité du cristallin a augmenté et est complète, de couleur blanche foncée et cendrée.

23 *août.* — Discission par la sclérotique après cinq ou six minutes, qui furent nécessaires pour arrêter, par des applications de compresses glacées, l'hémorrhagie de sang rouge qui eut lieu au dehors par la plaie scléroticale; on fit par une incision linéaire de la cornée l'extraction de la presque totalité des fragments, sans qu'il sortit une goutte d'humeur vitrée. Evacuations de l'humeur aqueuse matin et soir jusqu'au 28.

29 *matin.* — Dans la nuit douleur forte dans l'œil; la pupille s'est rétrécie; chémosis péri-cornéal dans toute la partie inférieure; léger trouble de la chambre antérieure; évacuations toujours par

la même ouverture répétées à midi; à sept heures du soir, même état; avec un crochet on tire ou dehors l'iris, dont on excise un large lambeau; calomel 0,10, jalap 1 gramme.

30. — Même état; trois évacuations dans la journée; calomel et jalap.

31. — Chémosis un peu diminué; trois évacuations.

1, 2, 3, 4 *septembre.* — Amélioration progressive; une évacuation par jour. Le 5 on cesse les évacuations; la chambre antérieure est limpide.

La vue, encore obscurcie par quelques morceaux de l'opacité qui s'y sont réunis, améliore progressivement en même temps que l'absorption se fait.

6. — Il y a un peu d'érésipèle du côté gauche de la face; 0,10 d'émétique en lavage. Le 7 l'érésipèle a disparu. Elle se plaint que, depuis deux ou trois jours, à trois heures du matin, elle a eu une légère névralgie oculaire : quinine 1 gramme pendant deux jours avec succès.

CCV.

Cataracte dure, complète aux deux yeux, plus ancienne à droite. — Quarante-sept évacuations.— Changements insignifiants dans l'opacité aux deux yeux, et dans la vue de l'œil droit, opéré ensuite par extraction à lambeau et avec succès malgré une choroïdo-iritis guérie par les évacuations répétées. — Augmentation légère de la vue dans l'œil gauche.

Félicité N., âgée de 60 ans, de Canale, entre le 26 mars 1862.

Depuis quatre ans la vue baisse dans l'œil droit qui est complètement aveugle depuis un an, comme l'œil gauche, dans lequel la vue ne baissa que depuis deux ans. Sujette à des maux de tête pendant l'évolution de la maladie. L'œil droit distingue à peine le jour de la nuit, le gauche voit l'ombre de la main.

Opacités volumineuses, compactes, uniformes, blanches de reflet perlé.

Du 27 mars au 6 avril sept évacuations. La malade voit, à l'église, les chandelles allumées sur l'autel, qu'elle ne pouvait voir depuis près d'un an.

Du 6 au 11 avril quatre évacuations. Pas de changements dans l'opacité; la malade voit quelques couleurs (bleu, jaune) de l'œil gauche; elle compte les doigts à 10 centimètres de distance, voit le rebord d'une porte.

Du 11 au 20 six évacuations. La malade sait indiquer où est le nez, la bouche des personnes qu'elle regarde de près de l'œil gauche. L'œil droit compte avec peine les doigts. Les opacités sont un peu moins éclatantes.

Du 20 avril au 29 mai trente évacuations. Elle ne voit qu'un peu mieux les mêmes objets (la main à un demi-mètre de distance), mais la malade dit que cette augmentation de la vue est pour elle un tourment, parce qu'elle ne peut qu'entrevoir les objets. Elle se dirige seule dans l'infirmerie peu éclairée. L'œil droit n'a rien acquis Les opacités sont d'un blanc uniforme, moins éclatant.

1er *juin.* — Œil droit: Extraction externe supérieure à lambeau sans inciser la capsule. Le lambeau cornéal étant un peu petit, on dut ponctionner la cristalloïde pour faire sortir la cataracte volumineuse. La substance corticale granulée s'échappa et le noyau sortit en entier avec la cristalloïde, dont un petit lambeau resta dans la pupille. Pas de réaction; la pupille était tout à fait libre, sauf au dehors, où il y a un petit morceau de capsule opaque et adhérent à la cicatrice cornéale.

7. — Douleurs dans la nuit; chémosis péricornéal; chambre antérieure trouble; évacuations de l'humeur aqueuse (quatre par jour) pendant huit jours; calomel et aloès 0,15 par jour; l'épanchement augmenta un peu le 7 et le 8, mais le 20 juin la pupille était tout à fait libre, sauf tout à fait en dehors, où il y a un peu de lymphe non absorbée encore. Elle sort; pas de changements à gauche.

CCVI.

Cataracte dure aux deux yeux. — Extraction à lambeau avec succès dans un œil. — Vingt-quatre évacuations de l'humeur aqueuse avec amélioration très légère de la vue et quelques changements dans l'opacité de l'autre œil.

Joseph S. âgé de 61 ans, d'Alexandrie, bonne constitution, entre le 18 mars 1862.

Cataracte dure complète dans les deux yeux, ayant commencé, il y a un an et demi dans l'œil gauche, et il y a huit mois dans le droit, de l'œil gauche il distingue, à l'ombre, l'ombre de la main; opacité droite, grosse, d'un reflet vert bleu, égale dans tout le cristallin, paraissant encore peu dense, peu opaque; vue de gros objets à l'ombre, à petite distance; il ne peut distinguer cependant que les traits les plus saillants de la face, tels que la barbe, le nez, les yeux.

Opéré le 25 par extraction à lambeau inférieur dans l'œil gauche sans inciser la capsule, le cristallin ressemblant à des caramelles un peu cuites et à demi-repris, sortit avec un peu de difficulté, et un morceau de capsule resta en dehors, nageant dans la pupille; le résultat fut excellent; la pupille étirée en bas pendant les premiers jours étant redevenue à peu près ronde et mobile.

8 *avril.* — Paracentèse et évacuations dans l'œil droit, chaque jour une fois, jusqu'au 18; l'opacité, d'un blanc verdâtre à œil nu, ne paraît plus opaque que dans toute la périphérie du cristallin et dans son centre paraît s'éclaircir un peu; vue un peu améliorée, mais on ne peut en juger, la pupille étant dilatée.

Du 18 avril au 6 mai 14 évacuations; la vue a amélioré, le nuage qui couvrait chaque objet s'est raréfié et il voit plus loin sans peine; il distingue un peu à un pas de distance les traits des personnes. L'opacité paraît s'être raréfiée surtout à la périphérie, ce qui fait qu'à œil nu on voit un peu mieux le noyau.

Il sort.

CCVII.

Cataracte demi-molle. — Cent-trente-quatre évacuations. — Changements dans l'aspect de l'opacité. — Peu d'amélioration de la vue.

Rose B., âgée de 24 ans, couturière, de Turin, entre le 6 mars 1862.

Opérée de cataracte sans succès il y a trois mois dans l'œil droit dans un autre hôpital, depuis trois ans la vue baissa dans les deux yeux, depuis six mois elle n'y voyait plus pour se conduire.

Opacité en forme de flocons d'un blanc cendré, dense, plus prononcée dans les couches profondes sillonées par quelques rayons irréguliers un peu plus transparents, vers l'équateur les flocons sont plus petits, moins marqués. En avant, contre la face postérieure de la cristalloïde antérieure, deux points très blancs assez petits du côté externe. La malade voit l'ombre de la main, la pupille étant très dilatée.

6 *mars.* — Paracentèse; six évacuations jusqu'au 16; la malade compte les doigts, la pupille n'étant pas dilatée.

Du 16 mars au 30 avril trente-quatre évacuations; pas d'amélioration de la vue; l'aspect floconneux a disparu et est remplacé par un aspect général pointillé dans toute la substance du cristallin. Les pointillements excessivement nombreux sont presque tous fins, mais quelques uns sont un peu plus gros.

Du 1er mai au 15 septembre, cent évacuations; peu d'amélioration dans la vue; l'opacité est un peu plus raréfiée, elle à un reflet bleuâtre; on ne voit plus que les pointillements plus petits. Quant aux deux petites taches plus superficielles, elles sont dans le même état.

La malade très irrégulièrement menstruée, chlorotique, avait de fréquentes érésipèles faciales légères; elle prend des pilules de fer et aloès depuis son entrée. En ce moment la fonction de la menstruation est à peu près normalement rétablie; la constitution s'est fortifiée.

CCVIII.

Cataracte dure, complète aux deux yeux. — Extraction à lambeau sans inciser la capsule dans un œil avec succès. — Cinquante-deux évacuations de l'humeur aqueuse dans l'autre — Modifications dans l'opacité. — Amélioration de la vue.

Grégoire G., âgé de 56 ans, de Montanaro, entre le 3 mars 1862.

Cataracte dure complète dans les deux yeux depuis deux ans à gauche, depuis trois mois à droite.

8 *mars.* — Extraction à lambeau supérieur sans inciser la capsule; cristallin et capsule sortent intacts; pas d'accidents consécutifs; deux évacuations de l'humeur aqueuse faites le 9 mars; succès complet avec étirement léger de la pupille en haut.

L'opacité à droite était sombre, brune; à gauche elle est uniformément opaque, de couleur blanche, perlée, à petites stries superficielles; le malade distingue à peine le jour de la nuit de cet œil.

18 *mars.* — Paracentèse; dix-huit évacuations jusqu'au 14 avril; le malade compte les doigts; l'opacité est moins blanche, plus sombre, comme raréfiée.

Jusqu'au 7 mai quinze évacuations, l'opacité, raréfiée, paraît s'être éloignée de la pupille; elle a un aspect plus foncé, sans stries, comme nuageux, sans reflet perlé; le malade compte les doigts à la distance de 7 ou 8 centimètres, il va quelques jours chez lui.

20 *mai au* 21 *juin.* — Dix-neuf évacuations; le malade compte bien les doigts à la distance de 12 centimètres; il voit la place du nez, de la bouche, etc., des personnes qu'il regarde; la pupille étant dilatée on voit l'opacité dans le même état qu'au dernier examen; l'œil gauche jouit d'une vue très bonne, mais depuis quelques jours il dit que depuis que la vue augmente un peu dans l'œil droit, la vue des objets avec les deux yeux est un peu troublée par le nuage qui recouvre son œil cataracté.

CCIX.

Cataracte double dure, moins ancienne dans l'œil gauche. — Soixante-deux évacuations. — Changements dans l'œil droit presque nuls. — Amélioration très légère de la vue et de l'opacité à gauche.

Antoine V., âgé de 69 ans, peintre, de Novara, entre le 6 avril 1862.

La vue, diminuant depuis deux ans à droite, est éteinte depuis un an. A gauche la vue baisse depuis un an, il est aveugle depuis huit mois, il ne peut voir les doigts. Aux époques où les cataractes commencèrent il eut de violents maux de tête; cercle sénile assez avancé dans les deux yeux; opacité droite volumineuse, blanche, comme floconneuse à sa superficie et totale; opacité gauche d'un reflet bleuâtre, au centre plus opaque avec quelques stries vers l'équateur.

7 *avril.* — Opération de trychiasis partiel des deux paupières supérieures avec succès (méthode de Jaeger).

9. — Paracentèse aux deux yeux.

Du 9 au 25 douze évacuations; la quantité de l'humeur aqueuse a augmenté un peu. Le malade compte les doigts des deux yeux. Pas de changements dans les opacités.

Du 25 avril au 27 mai vingt évacuations, modification de l'opacité à droite presque nulle, couleur de l'opacité comme un peu raréfiée, il compte facilement les doigts; à gauche le noyau seul aujourd'hui semble opaque; les stries ont disparu, mais l'opacité centrale, toujours de même couleur, est étendue. Le malade voit de cet œil des monnaies, les couleurs demi-sombres, mais seulement de très près et à l'ombre; il ne peut diriger ses pas.

Du 27 mai au 9 juillet trente évacuations; les opacités ne se sont pas modifiées, non plus que la vue.

Il reviendra en novembre pour être opéré.

CCX.

Cataracte compliquée de glaucome. — Vingt évacuations de l'humeur aqueuse. — Pas de changement de l'opacité. — Amélioration de la congestion interne. — Iridectomie. — Extraction linéaire et évacuations continuées pendant trois jours avec succès.

Joseph L., âgé de 64 ans, de Domodossola, campagnard, entre le 25 avril 1862.

Atrophie de l'œil droit depuis vingt ans produite par un éclat de mine. Diminution de la vue depuis deux ans dans l'œil gauche avec des intermittences dans l'évolution de la cécité qui est à peu près complète depuis cinq mois; par moments il voit encore assez pour distinguer les doigts; opacité de couleur foncée d'un gris verdâtre uniforme, plus sombre au centre.

Du 26 *avril au* 24 *mai.* — Vingt évacuations; œil moins dur; le malade n'a plus la vue éteinte par moments; il compte bien les doigts à un certaine distance et à l'ombre; pas de changement dans l'opacité.

26 *mai.* — Iridectomie au côté externe; un ample lambeau d'iris est excisé dans toute sa largeur.

10 *juin.* — Le brouillard qui couvre tous les objets s'est éclairci un peu; pas de changements dans l'opacité.

14. — Discission par la sclérotique (il sort un peu de sang par la piqure sclérotícale pendant quelques minutes). Extraction linéaire complète par la cornée; évacuation de l'humeur aqueuse (trois fois par jour) pendant les trois jours suivants; succès complet.

CCXI.

Cataracte dure centrale commençante. — Vingt-cinq évacuations de l'humeur aqueuse. — Diminution notable de l'opacité. — Amélioration très satisfaisante de la vue. — Phlegmon dans l'autre œil à la suite de trois évacuations de l'humeur aqueuse faites antérieurement à sa présentation à la clinique.

Mathieu L., âgé de 60 ans, de Carmagnola, entre le 28 avril 1862.

L'œil droit est atrophié à la suite de trois évacuations de l'humeur aqueuse faites il y a trois mois, nous dit-il, dans un autre hôpital. Depuis dix ans il est presbyte, depuis un an la vue diminue peu à peu dans l'œil gauche; dans l'œil droit la vue était à peu près éteinte avant l'accident qui en causa la fonte. On avait fait trois évacuations aussi dans l'œil gauche, et la vue avait très légèrement amélioré. Depuis lors l'affection n'avait plus fait de progrès.

Il lit à huit centimètres (pupilles resserrées), en tournant le dos à la lumière, le N° 18 de l'échelle, mais avec beaucoup de peine, On dilate la pupille et on voit que l'opacité est centrale, profonde, étendue à un quart à peu près du cristallin, de couleur d'un blanc verdâtre, foncé rose.

Du 29 avril au 22 mai vingt-cinq évacuations; l'opacité est à peine visible à pupille resserrée; le malade lit couramment, à une demi-lumière le N° 10 de l'échelle, à la distance de 15 centimètres, il marche très facilement dans les rues, au soleil. Couleur de l'opacité verdâtre foncé, plus limitée, rétrécie comme un nuage central. Il sort très content le 24 mai.

CCXII.

Cataracte complète dure aux deux yeux. — Douze évacuations sans changements dans l'œil droit opéré ensuite avec succès par extraction à lambeau sans inciser la capsule. — Trente évacuations à gauche. — Changements et diminution de l'opacité gauche. — Amélioration très légère de la vue.

Marguerite B., âgée de 64 ans, de Chieri, entre le 5 mai 1862. Sa vue baissa depuis deux ans dans les deux yeux à la fois, dit-elle; depuis deux mois elle ne peut diriger ses pas; elle voit l'ombre de la main des deux yeux.

Opacité gauche d'un blanc verdâtre uniforme dans tout le cristallin avec un noyau central assez gros d'un blanc plus compact; à droite l'opacité est moins compacte à la périphérie, moins blanche, le noyau est très opaque, comme à gauche, et près de la cristalloïde antérieure on voit un tache blanche en forme de croissant.

Du 6 *au* 26 *mai.* — Dix-huit évacuations; elle distingue les monnaies de l'œil gauche; elle compte bien les doigs et commence à se diriger dans l'infirmerie; l'œil droit n'a rien gagné; pas de changements dans les opacités.

29 *mai.* — Extraction à lambeau inférieur à gauche sans inciser la capsule, qui sortit intacte, sans sortie d'humeur vitrée; l'iris faisant hernie irréductible, on en excise un lambeau et il sortit un peu d'humeur vitrée; résultat excellent; pas de changement à droite.

Du 1er *au* 25 *juillet.* — Douze évacuations à droite; amélioration de la vue insensible; la tache blanche superficielle a disparu; l'opacité a partout pris une couleur plus sombre, elle est raréfiée, et on voit à l'équateur des stries; l'opacité a l'aspect glaucomateux.

CCXIII.

Cataracte dure avancée. — Guérison complète sans presbytie. — Résultat bien meilleur que dans l'autre œil, où l'extraction à lambeau a été suivie du résultat le plus beau.

Jean J., campagnard, d'Asti, âgé de 56 ans, entre le 5 mai 1862.

A droite vue commençant à se troubler depuis huit mois; vue limitée à voir l'ombre de la main depuis deux mois; extraction à lambeau supérieur sans inciser la capsule, qui sort intacte avec le cristallin de couleur ambrée, plus foncée au centre, très dure; très beau résultat et pupille tout à fait ronde.

Dans l'œil gauche vue diminuant depuis six mois, depuis un mois il peut à peine compter les doigts; à pupille dilatée, opacité centrale du cristallin d'un noir verdâtre, mal limitée, se confondant insensiblement avec la partie périphérique, qui a aussi un reflet un peu verdâtre.

20 *mai.* — Paracentèse, quinze évacuations jusqu'au 6 juin; il enfile une aiguille de cet œil, il voit bien mieux les objets que de l'autre œil; opacité uniforme de tout le cristallin comme un léger brouillard verdâtre, un peu plus sombre au centre.

6 *au* 25 *juin.* — Dix évacuations; l'œil gauche voit aussi bien qu'avant le commencement de l'affection; à ce que dit le malade, il voit très bien les objets de loin et de près, il voit une aiguille à terre sans se baisser, il enfile une aiguille à la distance de 12 centimètres à peu près, il est bien plus content du succès obtenu à gauche. La pupille non dilatée est noire, belle; la pupille dilatée a un reflet à peine visible de couleur verdâtre vers le centre. Il sort le 26.

CCXIV.

Cataracte assez avancée, verdâtre. — Cecité presque complète. — Dix-neuf évacuations. — Disparition presque complète de l'opacité et de la cécité.

Arthémise C., âgée de 36 ans, de Murisengo, entre le 8 mai 1862.

10 *mai.* — Extraction à lambeau supérieur du côté droit; la cataracte volumineuse ayant commencé depuis un an, complète depuis trois mois avec seule perception de la lumière, présentant avant l'opération une couleur noire au centre et verdâtre à la périphérie, et une couleur tout à fait noire au centre et ombrée à la périphérie lorsqu'elle eut été extraite avec sa capsule intacte; il ne sortit que très peu d'humeur vitrée. Le troisième jour il se déclara un phlegmon qui causa la fonte de l'œil.

L'œil gauche compte difficilement les doigts et de très près à pupille dilatée on voit une couleur verdâtre bien plus prononcée dans le centre et diminuant insensiblement jusqu'à la périphérie, cataracte un peu volumineuse.

20 *mai au* 13 *juin.* — Dix-neuf évacuations. Le malade enfile une aiguille, distingue les lettres des N° moyens de l'échelle (elle ne sait pas lire). L'opacité se présente à pupille dilatée, comme un nuage verdâtre au centre du cristallin, indéfini, comme dans le glaucome.

CCXV.

Amaurose glaucomateuse dans un œil, très léger trouble du cristallin. — Vingt évacuations. — Guérison complète. — Cataracte avancée dans l'autre œil.— soixante-une évacuations. — Guérison complète de l'opacité, retour de la vue à un état presque normal.

Sœur L., religieuse, âgée de 19 ans, s'occupant depuis sa jeunesse de travaux de broderie, a toujours joui d'une excellente santé et d'une vue très bonne jusqu'à l'âge de 18 ans. Depuis

cette époque elle souffre de dysménorrhée avec céphalalgies, névralgies faciales à la fin de chaque mois. Pendant quelques mois elle souffrit de copiopie, asthénopie, avec nausées lorsqu'elle avait travaillé quelques heures de suite; ensuite cette fatigue de l'accomodation fut compliquée d'un obscurcissement progressif de la vue de l'œil gauche. Depuis un mois elle ne peut plus coudre, la vue de l'œil droit ayant aussi baissé considérablement.

15 *novembre*. 1861. — L'œil droit peut lire les caractères moyens à 25 centimètres. Les lunettes + 16 améliorent un peu la vue et permettent la lecture plus rapprochée, en dehors elle ne voit presque pas la main. Œil dur; pupille un peu dilatée, presque immobile; chambre antérieure un peu rétrécie.

On dilate la pupille.—Œil droit. Le cristallin, examiné à l'éclairage latéral peut être considéré comme transparent; les segments sont très marqués dans leurs divisions et la face postérieure de la cristalloïde antérieure réfléchit la lumière, comme le ferait la face postérieure de la cornée dans une deschemétite tout à fait commençante; c'est surtout en dehors que ce reflet est plus marqué. Les stries, surtout à la périphérie, qui séparent les segments sont bien marquées et laissent voir des pointillements un peu plus gros, plus ronds, plus définis que ceux dont nous venons de parler, et aussi plus marqués au côté externe. Hypérémie de la rétine et de la papille. Vortex très dilatés surtout tout à fait en avant. Pigment assez fortement déplacé vers le pôle postérieur et à reflet verdâtre autour de la papille; les gros vaisseaux choroïdiens sont dilatés comme entortillés sur eux-mêmes, surtout au pôle postérieur.

L'œil gauche est de consistance normale; la pupille mobile; la chambre antérieure rétrécie, reflet grisâtre de la pupille. La malade voit de près, à l'ombre, les lettres des derniers caractères sans pouvoir les lire; aucune lentille n'améliore la vue. De près et en dehors, elle ne voit pas même la main, l'axe optique étant dirigé en avant. Après la dilatation de la pupille on voit distinctement l'opacité du cristallin. Stries d'un blanc gris, nombreuses, partant du centre du pôle postérieur et s'étendant en avant, toujours appliquées à la cristalloïde et en se renflant à l'équateur où elles sont naturellement plus espacées; elles arrivent jusque près du centre du pôle antérieur, mais sur

la cristalloïde antérieure elles ont l'aspect de pointillements placés les uns après les autres et devenant plus fins en s'avançant. Du reste même aspect du cristallin que dans l'autre œil, même segmentation très prononcée et même obscurcissement superficiel, qu'on voit plus marqué au dehors excessivement finement pointillé entre les espaces laissés par les stries, qui semblent un peu plus profondes. Emétique en lavage les 15, 16 et 17.

18. — On ordonne des pilules de sous-carbonate de fer, extrait aqueux d'aloès et seigle ergoté; 3 grammes de chaque pour 60 pilules à continuer 4 par jour. Paracentèse aux deux yeux; vingt évacuations jusqu'au 14 décembre. La quantité de l'humeur aqueuse a très sensiblement augmenté à droite, la vue a amélioré jour par jour très rapidement et est redevenue on ne peut plus normale; en dilatant la pupille on voit que les segmentations sont bien moins nettement marquées et on n'aperçoit plus trace des pointillements, quelque minutieux que soit l'examen à l'éclairage latéral. Le fond de l'œil est tout à fait normal sauf un léger reflet cendré du pigment péripapillaire.

A gauche les pointillements ont aussi disparu; les stries ne vont plus au delà de l'équateur. Cet œil lit à 8 centimètres le N° 14 de l'échelle avec beaucoup de peine.

Jusqu'au 19 *janvier.* — Douze évacuations dans l'œil gauche seulement (deux ou trois par semaine); pupille resserrée et mobile; lecture assez facile de 8 à 15 centimètres du N° 12 de l'échelle, pupille dilatée, les stries deviennent plus minces, plus sombres.

Une violente bronchite, qui se déclara alors après une menstruation peu abondante et accompagnée de courbature et coliques, fut guérie au bout de huit jours par des préparations antimoniales. La malade le 1er février ne lisait plus le N° 12 avec autant de facilité; pas de changements appréciables dans l'opacité.

21 *février au* 15 *mars.* — (14 évac.) La malade lit bien le N° 10 jusqu'à la distance de 15 centimètres, la pupille étant resserrée et mobile. La chambre antérieure est aussi vaste que celle de l'autre œil, on ne voit presque pas de différence dans le reflet des deux pupilles. La pupille étant dilatée on voit que les stries vers le pôle postérieur ont diminué beaucoup de nombre, sont plus minces: elles sont bien visibles encore à ce qu'il semble parceque la substance intermédiaire est plus transparente.

Elle se présenta à cette époque à la clinique et fut examinée par MM. les étudiants présents au cours.

15 *mars au* 8 *avril.* — Quinze évacuations; la malade lit le N° 4 jusqu'à la distance de 25 centimètres. Plus de traces d'opacité, sauf au côté externe, à l'équateur; quelques traces à peine perceptibles de stries.

Jusqu'au 16. — Sept évacuations; l'examen n'est pas répété.

Sœur L. a repris ses occupations; la dysménorrhée a disparu; l'œil droit n'a plus souffert; le gauche se trouve comme au dernier examen.

15 *août.* — Il n'y a pas de trace d'opacité, seulement on voit mieux les segmentations à gauche qu'à droite; les pupilles avaient été dilatées, le pigment choroïdien autour de la papille a une couleur tout à fait normale. La menstruation n'est pas venue régulièrement au mois d'août.

15 *septembre.* — La vue n'a pas faibli. (Hôpital de la D. Prov.)

CCXVI.

Cataracte avancée. — 15 évacuations. — Retour presque complet de la vue et de la transparence du cristallin. — Opération dans l'autre œil d'une cataracte volumineuse, peu dure, par extraction à lambeau, sans inciser la capsule.

Pierre P., de Valdieri, âgé de 60 ans, entre le 5 juin 1862.

Depuis un an la vue baissa dans l'œil droit; depuis trois mois il distingue à peine le jour de la nuit de cet œil, dont l'opacité du cristallin est blanche, volumineuse, totale, uniforme; opération à lambeau supérieur sans inciser la capsule, qui sort intacte. Cataracte très volumineuse semi-molle, ambrée, très foncée; succès complet avec léger étirement de la pupille en haut.

Depuis deux mois commençante à gauche la cataracte est d'un blanc verdâtre, sombre, limitée au centre et se perdant insensiblement à la périphérie. Le malade compte les doigts mais ne peut voir les traits des personnes.

20 *juin au* 11 *juillet.* — Quinze évacuations de l'humeur aqueuse dans l'œil gauche; il voit les objets, voit une aiguille

sans l'enfiler, voit les lettres des numéros moyens (il ne sait pas lire), il voit mieux les petits objets de cet œil, dit-il, que de l'autre. La pupille resserrée, paraît tout à fait belle; opacité verdâtre, obscure, un peu plus marquée au centre, comme un nuage, lorsque la pupille est dilatée.

Il sort le 12 juillet, plus content pour son œil gauche que pour l'autre.

CCXVII.

Cataracte commençante. — Onze évacuations de l'humeur aqueuse. — Disparition de l'opacité. — Retour de la vue à l'état presque entièrement normal. — Cataracte demi-molle de l'autre œil opérée par extraction à lambeau sans inciser la capsule.

Gaspard C., âgé de 39 ans, habitant à Turin, négociant, entre le 26 avril 1862.

Depuis un an et demi la vue avait diminué dans l'œil droit, depuis dix-huit mois cet œil ne distinguait plus aucun objet. Cet œil fut opéré avec succès le 3 mai par extraction à lambeau supérieur sans inciser la capsule. L'opacité, de couleur très peu claire, d'un blanc grisâtre, plus prononcée au centre, avec stries grisâtres à l'équateur, avait (examinée hors de l'œil et la capsule étant intacte) un aspect d'opacité totale de couleur d'un gris foncé plus prononcé au centre et à l'équateur, demi-molle.

A gauche la vue se trouble depuis six mois; le soir il voit la flamme d'un lampe comme plus large et rayonante; il voi un peu mieux à l'ombre; il lit le N° 14 de l'échelle jusqu'à la distance de 15 centimètres; opacité comme un nuage général dans tout le centre du cristallin, de couleur verdâtre plus foncée au centre; il y a quelques stries peu marquées à l'équateur se dirigeant d'arrière en avant dans tout le pourtour du cristallin.

Douleur de tête; sensation de pesanteur de l'œil.

15 *mai.* — Paracentèse; onze évacuations jusqu'au 10 juin, jour de sa sortie.

Le malade voit à toute distance, lit le N° 1 de l'échelle a 8 centimètres; seulement, quand il voit un individu à grande distance, il lui semble que la vue est un peu plus voilée qu'elle ne devrait l'être. Tous les autres désordres de la vue ont disparu. Plus de trace d'opacité dans le cristallin.

14 septembre. — La guérison se maintient, mais depuis quelques jours il voit la flamme d'une bougie un peu confuse.

CCXVIII.

Cataracte complète. molle dans un œil. — Cent vingt-cinq évacuations. — Changements dans l'opacité et diminution de l'opacité. — Amélioration minime de la vue. — Opération par discission et extraction linéaire avec succès. — Légère iritis guérie par six évacuations. — Cataracte commençante dans l'autre œil. — Diminution très considérable de l'opacité, augmentation très satisfaisante de la vue.

Marie V., âgée de 28 ans, couturière, de Dronero, entre le 3 octobre 1861.

Mariée depuis cinq ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Hypertrophie de l'utérus, granulations au col, dysménorrhée. Depuis deux ans dans l'œil droit la vue baissa et elle ne distingue plus rien de cet œil depuis six mois. Dans l'œil gauche la vue diminua depuis huit mois, elle compte les doigts, voit les traits des personnes de très près, dirige ses pas à l'ombre, elle ne peut lire, ne peut voir une grosse aiguille.

Opacité droite très blanche uniformément, sauf près du centre, et près de la cristalloïde antérieure où l'opacité présente un tache blanchâtre, luisante, ronde, assez grande.

Dans l'œil gauche, stries étoilées assez grosses, partant du pôle postérieur et arrivant jusqu'à la cristalloïde antérieure, en suivant la périphérie du cristallin. La substance intermédiaire est comme voilée, à demi-transparente, d'un reflet général blanc bleuâtre.

3 *octobre.* — Paracentèse; 40 évacuations jusqu'au 1er décembre.

La quantité de l'humeur aqueuse a augmenté pendant les dix premiers jours; la vue a augmenté aussi dans les deux yeux assez rapidement pendant ces dix premiers jours, l'œil droit voyait l'ombre de la main, et le gauche voyait un peu plus nettement ce qu'elle pouvait apercevoir déjà au premier examen. Depuis lors amélioration insensible. Le 1er décembre la malade marche facilement toute seule, même au soleil.

Elle distingue à un mètre les personnes de l'œil gauche; l'œil droit compte les doigts de près. Opacité gauche uniformément d'un reflet bleuâtre presque transparent avec quelques points irréguliers un peu plus opaques, ce qui lui donne un aspect de ciel pommelé. Plus de stries; à droite opacité uniformément blanche un peu obscure.

Du 1er *décembre au* 30 *janvier* 1862. — Quarante-cinq évacuations.

Pas d'amélioration de la vue, autre que la malade peut, de l'œil gauche, distinguer les personnes à deux mètres; à droite elle compte les doigts à 30 centimètres. Opacité gauche dans le même état, sauf les pommelures, qui n'existent plus; pas de changements dans le droit.

Du 1er *février au* 25 *avril.* — Quarante évacuations, sans changements de la vue à droite; à gauche elle voit les aiguilles fines, distingue les couleurs. La partie périphérique du cristallin gauche est tout à fait transparente, le centre est un peu opaque, à reflet grisonnant. A droite l'opacité s'est raréfiée en plusieurs points, tandis que l'opacité est restée la même sur certaines lignes qui en se croisant, en s'anastomosant, donnent à l'opacité l'aspect de la pulpe d'une orange coupée par moitié, dont les espaces qui séparent les côtés seraient à peu près transparents, à reflet bleuâtre et floconneux.

1er *mai.* — Œil droit: discission par la sclérotique (il sort une assez grande quantité de sang rouge du fond de la piqure) puis extraction linéaire presque totale des fragments. L'opacité était molle, se laissa facilement broyer; deux évacuations le 2 mai. Rien de notable, sauf que le 16 mai il se déclara un peu d'iritis causé probablement par un morceau de cristallin qui est passé dans la chambre antérieure. Deux évacuations par jour pendant trois

jours firent disparaître toute douleur et huit jours après le débris était absorbé.

Elle sort le 3 juin. La vue de l'œil gauche n'a pas changé, elle est meilleure qu'à droite, dans lequel la pupille est libre.

CCXIX.

Cataracte commençante aux deux yeux. — Congestion de la choroïde.— Diminution notable de la vue. — Vingt-quatre évacuations. — Guérison complète. — Retour presque parfait de la vue et diminution de presbytie.

Jérôme B., âgé de 45 ans, domestique, de Ferrara, entre le 14 juillet 1862.

Jouissant d'un bonne santé; il eut, au mois de janvier, des maux de tête qui furent suivis de diminution légère de la vue, comme d'un nuage au-devant de tous les objets qu'il regardait; vingt sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux firent disparaître tous ces symptômes, mais il lui resta un peu de presbytie; au mois de mars la même affection se renouvela, et une application de sangsues améliora un peu la vue et fit disparaître à peu près les maux de tête. Depuis lors cependant la vue baissa très lentement et progressivement. Peu à peu les objets plus éloignés (seuls qu'il vit bien à cause de la presbytie) étaient vu plus confusément, et par conséquent la longueur du champ visuel diminuait considérablement; il vit chaque jour moins au soleil, le soir la vue améliorait; la flamme d'une bougie lui paraît étoilée, surtout à droite.

Dans les deux yeux l'affection marche avec la même rapidité. Le malade lit quelques lettres du N° 18 de l'échelle à la distance de 25 centimètres; les lentilles N° + 10 permettent de lire un peu plus distinctement à la distance de 8 centimètres. Chambres antérieures un peu diminuées dans leur dimension; pupille normale et d'un reflet grisâtre. En dilatant les pupilles on voit un reflet grisâtre général de tout le cristallin; dans tout l'équateur stries légères appliquées contre la cristalloïde et s'étendant un peu, mais en s'amincissant vers le pôle postérieur et en formant

une couronne autour du centre postérieur; les segments du cristallin sont très marqués, comme si la substance intersegmentaire était un peu diminuée de transparence; à droite, où la vue est un peu plus troublée, le cristallin a un reflet plus grisâtre; le centre du pôle postérieur présente un petit point blanc appliqué contre la choroïde.

Outre la diminution progressive de la vue, le malade a, de temps en temps, des éblouissements plus marqués.

L'examen ophthalmoscopique permet de voir la papille avec ses vaisseaux, qui semblent engorgés et turgéfiés, mais dans les deux yeux le nuage, au travers duquel on voit le fond de l'œil, empêche de distinguer aucun autre détail, quelle que soit l'intensité de lumière employée.

18 *juillet.* — Paracentèse aux deux yeux; jusqu'au 31 six évacuations (trois par semaine). Les éblouissements passagers ont disparu. Le malade voit un peu plus clair les objets, il supporte bien la lumière du soleil.

Du 1er *août au* 1er *septembre.* — Douze évacuations; amélioration progressive; le malade lit sans lunettes et sans fatigue les Nos 5 et 6 de l'échelle depuis la distance de 10 centimètres jusqu'à la distance de 25 centimètres; la pupille droite étant dilatée, on ne voit plus qu'un léger reflet grisâtre qu'on ne pourrait presque dire cataracteux.

Du 1er *septembre au* 16. — Six évacuations; lecture sans fatiguer du N° 2 de l'échelle à 10 centimètres, et des numeros inférieurs à toute distance; en dilatant les deux pupilles on ne voit aucune trace d'opacité dans les deux yeux; les segments du cristallin sont moins marqués dans leur division.

Le malade a pris chaque soir une douche oculaire pendant tout le traitement et 5 purgatifs dans ces deux derniers mois.

CCXX.

Cataracte complète demi-dure dans un œil. — Soixante-sept évacuations. — Presque pas d'amélioration de la vue. — Changements dans la couleur et l'aspect de l'opacité, qui se raréfie légèrement. — Cataracte commençante de la substance corticale, à forme striée dans l'autre. — Quarant-neuf évacuations. — Disparition presque complète de l'opacité. — Retour complet de la vue. — Léger obscurcissement de la vue quinze jours après la cessation du traitement. — Trois évacuations avec succès. — Réapparition de l'opacité et cécité se déclarant brusquement en peu de jours.

Anne C., âgée de 26 ans, de Cavallermaggiore, entre le 3 octobre 1861.

Affectée de bronchite chronique, de granulations au col de l'utérus hypertrophié et de dysménorrhée. La vue s'est éteinte peu à peu en trois mois dans l'œil gauche, aveugle depuis un mois; à droite la vue diminue depuis deux mois; elle ne peut plus lire depuis un mois, elle voit bien à l'ombre les figures des personnes.

Œil gauche: opacité blanche uniforme à pupille resserrée; la pupille ayant été dilatée, on voit que l'opacité présente des stries à la périphérie, divisant la partie antérieure du cristallin en segments de forme triangulaire; ces segments dont les uns arrivent au centre par leur pointe, les autres sont plus ou moins courts, sont séparés par des espaces, des lignes moins opaques, cendrées et toutes sont plus opaques à la superficie plus antérieure qui est comme marbrée.

Œil droit: pupille non dilatée, reflet léger grisâtre de la pupille; pupille dilatée, stries d'un blanc cendré commençant au centre du pôle postérieur où elles sont peu visibles à œil nu et s'avançant en suivant la face profonde de la cristalloïde jusqu'à peu près vers le milieu du pôle antérieure; à l'équateur du cristallin ces stries sont plus grosses, au nombre de douze ou quinze; le reste du cristallin est à peu près transparent; en avant, cependant, on voit un léger trouble de la substance corticale.

4 octobre. — Paracentèse.

5. — La malade voit la lumière plus claire, dit-elle, de l'œil gauche. De l'autre elle distingue un peu mieux les traits; une évacuation.

6. — Pas de changement de la vue.

19. — Evacuations jusqu'au 30; amélioration progressive.

1er *novembre.* — L'œil gauche compte les doigts, le droit lit avec difficulté à la distance de 15 centimètres le N° 16 de l'échelle, la pupille étant resserrée et mobile.

Dans l'œil droit on ne voit plus à œil nu (la pupille ayant été dilatée) aucune strie et le cristallin paraît encore un peu nuageux, très légèrement voilé; à l'éclairage latéral on voit bien encore quelques stries au pôle postérieur et à l'équateur.

A gauche, même aspect de l'opacité, sauf que la partie superficielle de l'opacité a pris un aspect ondulé par la raréfaction irrégulière de l'opacité et que les segments les plus petits ont disparu pour se confondre avec les autres.

Du 1er *au* 30 *novembre.* — Vingt-deux évacuations.

1er *décembre.* — Elle compte les doigts de l'œil gauche, dont l'opacité n'est plus divisée à segments; elle est ondulée, blanche dans le centre et dans ses parties superficielles, elle est cendrée, raréfiée vers l'équateur, au travers duquel on peut voir à l'éclairage latéral les couches postérieures du cristallin uniformément opaque; l'œil droit lit facilement le N° 14 de l'échelle jusqu'à la distance de 30 centimètres, il ne reste qu'un très léger voile du cristallin qu'on ne pourrait définir, et quelques stries tout à fait à l'équateur.

Du 1er *au* 31 *décembre.* — Six évacuations à droite, 24 à gauche; pas de changements quant à la vue; à gauche l'opacité est devenue un peu moins blanche au centre; du reste même état.

1er *janvier* 1862 *au* 15. — Dix évacuations seulement à gauche; pas de changements.

16. — L'œil gauche voit un peu trouble depuis quelques jours; évacuations les 16, 17, et 18; retour de la vue.

Du 16 *janvier au* 3 *février.* — Douze évacuations dans l'œil droit; pas de changements dans la vue; l'opacité est devenue uniformément blanche au centre; du reste, même état, au dehors seulement elle est un peu plus raréfiée.

Pendant ce traitement des yeux on a fait un long traitement

de l'affection utérine par l'introduction fréquente de trochisques d'alun et de sulfate de zinc, douches ascendentes, etc., avec plein succès, la menstruation s'est bien rétablie, la bronchite a disparu presque entièrement à la suite d'un traitement varié; préparations d'antimoine; vésicatoires; thérébentine, ect.

2 *mars.* — Elle nous dit que la vue s'est presque améliorée encore dans l'œil droit. Elle écrit, tient les livres de comptes sans avoir besoin de lunettes, ni même de conserves pour aller au soleil. Elle rentre le 13 mai. La dernière menstruation dura peu d'heures. En trois jours elle redevint complètement aveugle dans l'œil droit et la cataracte fit aussi des progrès dans le gauche.

Opération dans l'œil droit par discission du cristallin et extraction linéaire; deux évacuations de l'humeur aqueuse pendant trois jours; succès complet; elle sort le 14 juin.

CCXXI.

Cataracte semi-dure, uniforme, blanchâtre, centrale avec petite opacité superficielle. — Quatre-vingt-une évacuations. — Opacité superficielle diminuée. — Substance corticale périphérique très finement pointillée, redevenue tout à fait transparente. — Résistance du noyau central. — Amélioration très notable de la vue. — Augmentation de l'opacité pendant un repos de deux mois. — Opération — Cristallin mou. — Hémorrhagie par la plaie et hypohème. — Evacuations répétées. — Guérison complète.

Catherine V. R., âgée de 26 ans, femme d'un agriculteur, native d'Astiano (province de Casal), habitant Rinco, entre le 31 octobre 1861.

Elle était entrée le 1er avril 1861 affectée de cataracte molle complète dans l'œil droit, commençante depuis deux ans, causant la cécité depuis un an: et dès les premiers temps de l'affection, jusqu'au moment où la vue fut éteinte, elle avait souffert d'une sensation douloureuse de tension dans le bulbe; dans l'œil droit

l'opacité, uniformément blanche, assez volumineuse, fut opérée le 2 avril. Après avoir fait la discission avec l'aiguille introduite par la sclérotique, on poussa la plus grande partie des fragments dans la chambre antérieure. L'opacité molle se laissa diviser avec assez de facilité en petits morceaux un peu anguleux, ce qui donne à supposer qu'elle avait une certaine consistance. Une incision linéaire fut faite immédiatement au bas de la cornée, l'iris fit procidence au travers de la plaie et rendit l'extraction avec la cuvette assez difficile. On se limita à en extraire quelques débris plus gros, le reste de l'opacité qui remplissait la pupille fut abandonnée à l'absorption. Je réduisis la procidence et je fis pendant six jours une évacuation de l'humeur aqueuse. On continua pendant tout son séjour à l'hôpital les instillations fréquentes d'atropine, et le jour de sa sortie la pupille, très large, était libre dans le centre, dans la moitié de son extension tout autour l'absorption se fait rapidement et progressivement.

La malade, jouissant d'une bonne santé, était un peu pâle, nourissant depuis un mois sa première enfant.

Dans l'œil gauche il y avait opacité centrale assez avancée avec une petite tache plus superficielle sur la face postérieure de la cristalloïde antérieure; sensation incommode de tension très forte dans le globe oculaire, la vue baisse depuis un an.

Elle sortit le 27 avril.

Elle rentra le 31 octobre ; elle a continué assez longtemps les instillations d'atropine dans l'œil droit; la vue a amélioré très rapidement. On ne voit plus de traces de l'opacité; l'iris est mobile.

Dans l'œil gauche l'affection a progressé continuellement, la vue distincte des objets est éteinte depuis deux mois. L'iris est poussé en avant, l'iris est mobile; la pupille ayant été fortement dilatée sans que la malade put distinguer aucun objet, on voit une opacité uniformément cendrée. En avant de l'opacité et surtout à la périphérie du cristallin on voit à l'éclairage latéral qu'un très petit espace de la substance corticale, entre la cristalloïde et la portion blanchâtre, qui n'est pas complètement opaque, comme granulé avec de très petits points blancs presque imperceptibles. Un peu au dehors, tout à fait contre la face postérieure de la cristalloïde antérieure on voit un petite tache très blanche, qui paraît située un peu en avant de l'opacité cen-

trale; cette tache est ombiliquée, ronde, de la largeur de 2 ou 3 millimètres.

La malade continue à nourrir son enfant, bien portante; la mère est un peu pâle; du reste elle jouit d'une parfaite santé.

1er *mars.* — Paracentèse; l'humeur aqueuse n'est pas très abondante, gouttes de cette humeur coulant dans la bouche de l'opérée, la malade ne lui trouve aucune saveur. On ordonne une instillation d'atropine chaque jour pour toute la durée du traitement.

On continue les évacuations (une par jour); dès les premiers jours amélioration de la vue; la malade sent son œil plus libre, dit-elle, et la lumière lui semble plus claire.

15. — La pupille ne reste pas complètement dilatée malgré les instillations journalières de l'atropine; on la dilate très largement par des instillations coup sur coup. La malade voit passer l'ombre de la main et distingue si elle est ouverte ou fermée; l'opacité centrale semble s'être mieux limitée dans toute sa périphérie, elle est un peu plus éloignée de la tache superficielle, qui a pris un aspect plus blanc. Dans la substance corticale périphérique les pointillements sont plus rares, moins faciles à apercevoir. La quantité de l'humeur aqueuse a sensiblement augmenté et sa saveur a pris un goût un peu salé.

Du 15 *au* 1er *décembre.* — Douze évacuations.

1er. — L'opacité centrale a bien diminué et offre l'aspect curieux d'un noyau bien limité au milieu de la substance corticale, transparente à l'examen à œil nu, mais présentant à l'éclairage latéral et surtout dans les couches plus centrales des pointillements excessivement fins. La tache superficielle s'est rétrécie de moitié et a un aspect uniformément blanc; elle est très éloignée de l'opacité centrale. La malade compte bien les doigts et elle voit bien une aiguille. La pupille était dilatée comme dans le précédent examen. L'humeur aqueuse est très salée.

Du 1er au 10 décembre. — Dix évacuations; le petit enfant a eu des vomissements assez forts pendant quelques jours; on a fait prendre à la mère 2 grammes de bi-carbonate de soude pendant quatre jours. Les vomissements ont cessé.

Du 10 décembre au 1er janvier 1862. — Seize évacuations sans changements notables ni dans l'opacité ni dans la vue. La malade a été prise d'un peu de nostalgie, elle mangeait peu. Deux pur-

gatifs légers avec la rhubarbe lui ont redonné son appétit et sa bonne humeur habituelle.

Du 1er au 30 janvier. — 24 évacuations. L'opacité centrale a diminué encore d'extension; la substance corticale est tout à fait transparente, sauf vers l'opacité, où elle est un peu granulée. La malade enfile une aiguille le 5 février, la pupille étant peu dilatée.

Du 1er au 3. — Menstruation; vue un peu trouble pendant trois jours.

Du 5 au 30 février. — 15 évacuations. La malade n'accuse aucune amélioration; l'opacité n'a plus diminué dans sa largeur, mais elle est moins épaisse d'avant en arrière, de couleur plus cendrée, pointillée, plus obscure, comme un nuage très dense situé au milieu du cristallin. La tache superficielle a très légèrement diminué; menstruation qui ne dure qu'un jour.

Du 4 au 19 mars. — 14 évacuations sans amélioration aucune. La malade retourne chez elle le 20 mars pour sevrer complètement son enfant. L'opacité, la pupille étant tout à fait resserrée, paraît plus forte que les jours précédents; elle enfile une aiguille en tournant le dos à la lumière.

Elle rentre le 24 mai. L'opacité est devenue un peu plus obscure, un peu plus blanche, et la vue a baissé beaucoup, au point qu'elle ne peut plus rien distinguer. La substance périphérique est tout à fait transparente. Elle insiste pour être opérée de cataracte.

Le 29 mai. — Discission par la sclérotique; la substance du cristallin molle, se divisant facilement en très petits débris; il sortit pendant plusieurs minutes du sang par la plaie sclérotícale au dehors. En même temps il se fit un hypohème assez fort, qui disparut bientôt après trois évacuations de l'humeur aqueuse faites dans la même séance par la cornée comme pour les paracentèses ordinaires. Le champ pupillaire est presque libre, il ne reste que quelques débris de cristallin et une teinte légère de sang.

Pansements ordinaires; deux évacuations chaque jour jusqu'au 3 juin; pupille libre. On voit en arrière de la pupille et en bas quelques débris. On cesse tout pansement; l'absorption se fit régulièrement et le 6 juin, jour de sa sortie, il n'y a plus qu'un lambeau d'opacité un peu large, mobile, derrière la pupille, à sa partie inférieure. Le 28 août l'absorption était complète.

CCXXII.

Cataracte demi-molle dans un œil affecté de colobome et probablement de la choroïde. — Congestion de la choroïde et staphilôme sclérotical antérieur. — Cécité complète. — Cinquante-cinq évacuations. — Très peu d'amélioration de la vue. — Guérison du staphylôme. — Changements presque nuls de l'opacité. — Amaurose glaucomateuse dans l'autre œil. — Dix évacuations — — Guérison.

Louise. B., âgée de 22 ans, de Canelli, entre le 10 octobre 1861.

Elle a un colobome congénial de l'iris dans les deux yeux à la partie inférieure, avec colobome de la choroïde aussi en bas dans l'œil gauche.

A droite cataracte complète depuis deux ans, volumineuse, d'un blanc uniforme, très opaque, avec quelques stries à la périférie; elle distingue à peine le jour de la nuit; yeux durs, staphylomes légers de la sclérotique dans les deux yeux en avant et en dehors; congestion de la choroïde à gauche dans les parties profondes et diminution notable de la vue.

12 *octobre.* — Paracentèse aux deux yeux; dix évacuations jusqu'au 30; les staphylômes ont disparu sans laisser de traces; la vue de l'œil gauche redevenue normale; l'œil droit voit passer la main sans compter les doigts.

Novembre et décembre. — Quarante-cinq évacuations; la vue améliore insensiblement; elle voit quelques traits de la face sans toutefois bien reconnaître les personnes; l'opacité a perdu sa forme striée, n'est plus d'un blanc très foncé; l'opacité est un peu éloignée de la pupille maintenant, mais l'amélioration est très lente.

10 *janvier.* — Discission par la sclérotique, il sort pendant 5 ou 6 minutes un peu de sang rouge du fond de la piqure; extraction linéaire par la cornée; évacuations de l'humeur aqueuse le soir et le lendemain matin; pas de réaction; pupille belle.

18 *janvier.* — Douleur pendant la nuit; chémosis peri-cornéal;

un peu de trouble de la chambre antérieure. Quatre évacuations de l'humeur aqueuse par l'ouverture cornéale; instillations plus fréquentes d'atropine; calomel et aloès 0,15 de chaque.

19. — Même état; quatre évacuations.

20. — Chémosis disparu, chambre antérieure moins trouble; quatre évacuations; même traitement.

21, 22, 23. — Une évacuation par jour; l'absorption se fait.

Elle sort le 16 février 1862, pupille très belle sauf en bas, où elle est occupée par un peu de lymphe.

CCXXIII.

Cataracte molle complète. — Quatre-vingt-quatorze évacuations de l'humeur aqueuse. — Changement notable dans l'opacité. — Cataracte redevenue presque complète un mois après la cessation des évacuations.

Agnèse M., de Turin, âgée de 27 ans, entre le 19 octobre 1861.

Elle avait été opérée de la cataracte qui était arrivée a sa maturité dans l'espace de cinq mois, le 1er juin 1861, par discission avec l'aiguille par la sclérotique et extraction cornéale linéaire faite de suite après la discission. Toute l'opacité, sauf quelques débris très petits qui étaient restés au milieu de la pupille, avait été extraite. Trois jours après l'opération il s'était déclaré une violente choroïdo-iritis que ni saignées, ni sangsues, ni évacuations fréquentes de l'humeur aqueuse, ni iridectomie ne parvinrent à arrêter; seulement la marche de l'affection, qui s'était déclarée très grave, très aiguë, fut rendue très lente par le traitement institué.

Elle avait alors cataracte commençante dans l'œil droit, accompagnée de névralgies assez fréquentes du côté correspondant du front; névralgies qui avaient accompagné la formation de la cataracte gauche jusqu'au moment de l'opération. Elle sortit le 10 juillet. Elle était fort irrégulièrement menstruée depuis un an. On ordonna des pilules de fer, extrait aqueux d'aloès et seigle ergoté qu'elle continua sans profit jusqu'au mois de septembre. On ordonna alors des pilules d'iodure de potassium 8 grammes, extrait

aqueux d'aloès 3 grammes pour 60 pilules (4 par jour). L'opacité fit continuellement des progrès. Depuis deux mois elle ne pouvait diriger ses pas, lorsqu'elle rentra le 19 octobre 1861.

Opacité totale d'un blanc grisâtre, uniforme, volumineuse. A l'éclairage latéral on voit que les couches postérieures de la substance corticale sont beaucoup plus opaques. La pupille étant bien dilatée elle voit passer l'ombre de la main.

20 *octobre.* — Paracentèse; humeur aqueuse salée; une évacuation chaque jour jusqu'au 10 novembre.

30. — Elle compte les doigts. La chambre antérieure a un peu augmenté. L'œil est plus léger, dit-elle; les névralgies n'ont pas reparu.

10 *novembre.* — Injection conjonctivale près de la plaie. On ordonne des instillations fréquentes d'atropine. Il y avait légère iritis. La pupille était tout à fait dilatée le 11.

Le flux menstruel s'était montré quelques heures seulement le 10.

14 *au* 25. — Huit évacuations; humeur aqueuse abondante peu salée; on dirait que la substance du cristallin se fend et laisse même un petit trou, une petite brèche à la partie externe; la vue n'a pas amélioré; la pupille a été dilatée complètement.

25 *novembre au* 10 *décembre.* Douze évacuations; l'opacité est comme divisée en quatre portions inégales par deux fentes qui se croisent et qui offrent une couleur moins blanche, plus cendrée, plus transparente que le reste de l'opacité; même état de la vue.

10 *et* 11. — Léger érésipèle à la face, guéri rapidement par l'émétique en lavage.

13 *au* 29 *décembre.* — Quatorze évacuations; humeur aqueuse salée; ses menstrues n'ont pas paru; la vue a amélioré un peu, elle distingue la couleur bleue claire de sa robe et en voit les ramages, la pupille étant resserrée. On voit, en dilatant la pupille, que l'opacité a pris un aspect bleuâtre général; vers la cristalloïde postérieure l'opacité est toujours beaucoup plus blanche foncée que dans les autres couches; on voit profondément, un peu en dehors une petite fente un peu bleuâtre dans l'opacité; cette fente ne paraît pas correspondre à celle qu'on voyait les jours précédents; elle repose jusqu'au 16 janvier; elle prend chaque jour 0,05 d'émétique en lavage pour combattre le retour des érésipèles qui se renouvelaient fréquemment.

30. — Evacuations du 16 janvier au 28 février; humeur aqueuse abondante et salée, sans autres changements que l'opacité, qui est tout à fait uniforme. Quant à la vue elle a un peu diminué vers les premiers jours de février à la suite d'une menstruation de peu de jours; elle ne distingue plus les couleurs, ni les fleurs de sa robe depuis cette époque. La malade a continué à prendre chaque jour un peu d'émétique. On ordonna des pilules de fer et aloès.

1er *au* 30 *mars.* — Dix-huit évacuations; pas de changements; la menstruation a été peu abondante.

8 *avril.* — Se déclara un érésipèle étendu à toute la face, qui fut combattu par l'émétique en lavage (0,10 par jour pendant cinq jours). Le peu de vue acquise se perdit presque complètement; l'opacité paraît être devenue un peu plus blanche.

Huit évacuations du 16 avril au 10 mai; la malade compte de nouveau les doigts; l'humeur aqueuse est salée; on cesse les évacuations.

15 *mai.* — Comptant les doigts, elle continue les pilules de fer et aloès.

15 *juin.* — L'opacité est presque totale, blanche, volumineuse; la chambre antérieure s'efface de nouveau.

20 *septembre.* — L'opacité du cristallin n'est pas augmentée, la menstruation est plus abondante, et son état général améliore peu à peu.

CCXXIV.

Cataracte étoilée.— Cent-vingt-quatre évacuations. — Changements notables dans l'opacité et diminution considérable de la substance intermédiaire aux stries. — Augmentation de la vue très légère.

Marguerite B., âgée de 20 ans, couturière, d'Andorno , entre le 6 octobre 1861.

Dysménorrhée depuis deux ans. Elle n'avait jamais souffert des yeux , mais elle a depuis cinq ans de fréquentes céphalalgies. Elle a été opérée en mai 1856 de cataracte dans l'œil gau-

che par extraction linéaire. La pupille est un peu oblongue, étirée au dehors. La vue est excellente de cet œil. Depuis deux ans la vue diminue à droite, et depuis un an elle est éteinte dans cet œil.

Le centre de l'opacité est formé par une petite étoile d'un blanc éclatant. Le reste est divisé en quatre segments à peu près égaux d'un blanc un peu plus mat et subdivisés en plusieurs cours subsidiaires. La base de tous les cônes est tournée à l'équateur et les lignes assez étroites qui les divisent sont d'un blanc éclatant comme la tache centrale. La substance des cônes est moins opaque vers la cristalloïde antérieure et permettent de voir que le centre du cristallin est plus obscur encore. On ordonne des pilules de sous-carbonate de fer, seigle ergoté et extrait aqueux d'aloès, en continuation.

7 *octobre.* — Paracentèse; 20 évacuations jusqu'au 1er novembre; l'humeur aqueuse a augmenté insensiblement, est devenue plus salée; la malade voit confusément les traits de l'opérateur. L'œil est tout à fait léger, dit-elle, et les douleurs de tête, continuelles jusqu'ici, ont cessé. La pupille étant dilatée on voit que l'étoile centrale est moins resplendissante; la division en quatre segments est moins apparente par les subdivisions et la diminution de blancheur que semblent avoir éprouvées les quatre lignes principales; les stries secondaires se dessinent mieux sur le fond un peu plus cendré, moins blanc et semblent se multiplier dans les parties profondes qu'on découvre mieux. On juge bien de la distance qui existe entre les stries plus profondes et la pupille.

En novembre et décembre quarante-huit évacuations; la vue améliore, dit la malade, elle distingue de plus loin ce qu'elle ne voyait que de très près au dernier examen, mais elle ne peut découvrir des objets plus petits.

L'étoile centrale a disparu et est remplacée par un point duquel partent une foule de rayons très minces de couleur de craie, qui se subdivisent en très grand nombre comme le feraient les nervures de feuilles; la substance intermédiaire réfléchissant moins la lumière, comme bleuâtre, permet de voir que vers le pôle postérieur et même au centre du cristallin il existe la disposition et les stries ont peu d'épaisseur; dans chaque couche les stries ont, pour ainsi dire, une disposition particulière.

En janvier: 20 évacuations; la malade n'a pas eu de flux menstruel (commencement du mois). Elle a eu un érésipèle léger (il y a en ce moment une épidémie d'érésipèles graves), guéri en peu de jours par l'émétique à haute dose. Elle conserve un peu d'inappétence pendant tout le mois. Pas de changements quant à la vue; les stries deviennent toujours plus minces, ne sont plus guères visibles que vers la cristalloïde antérieure et au pôle postérieur.

En février: 18 évacuations; elle a eu, le 3, un léger érésipèle à la suite d'une menstruation fort peu abondante; guéri en deux jours par l'émétique.

En mars: Seize évacuations: la menstruation est devenue plus abondante. Le 26, jour de sa sortie, les stries antérieures ont diminué un peu, on en découvre un grand nombre encore très fines à l'éclairage latéral, les couches profondes sont encore nombreuses et aussi prononcées. Toutes ont une couleur bien moins claire. La malade distingue quelques couleurs.

Pendant tout le traitement elle a continué les pilules ordonnées, sauf pendant les quelques jours où elle souffrit d'érésipèle, et dans ce dernier mois pendant lequel elle prit chaque matin 0,05 d'émétique en lavage pour prévenir le retour de l'affection. Sa santé s'est beaucoup améliorée.

CCXXV.

Cataracte pointillée, probablement traumatique et ancienne. Cécité complète.— Quatre-vingt-quatre évacuations.— Très légers changements dans l'opacité. — Amélioration très rapide de la vue à suite des premières évacuations, plus lente au dix-huit suivantes et nulle aux dernières.

Jacques B., âgé de 30 ans, de Sommariva-Perno, entre le 7 décembre 1861.

Il y a quatre mois, ressentant des douleurs dans l'œil droit, il ferma l'œil gauche et s'aperçut que cet œil ne voyait rien; il a sur le sourcil une cicatrice assez marquée que le malade nous dit être la suite d'un coup qu'il reçût il y a douze ans;

il ne se souvient pas d'avoir jamais souffert de cet œil, ni d'en avoir essayé la vue; depuis quatre mois la vue est dans le même état.

Opacité volumineuse grisâtre foncé, peu prononcée, pointillée, à pupille non dilatée; la pupille étant dilatée on voit la couche profonde assez finement pointillée, très opaque (éclairage latéral); la couche antérieure plus manifestement pointillée est moins opaque, et, en chacun des pointillements qui sont excessivement nombreux, fins, sauf quelques uns plus superficiels un peu plus gros, surtout trois à la partie interne formant entre eux un triangle, la substance corticale paraît transparente.

A œil nu le centre paraît un peu plus opaque; dans son ensemble il a l'aspect d'un voile dense pointillé obstruant la pupille; même à pupille dilatée il ne peut voir la main.

10 *décembre.* — Paracentèse; évacuation.

11. — Le malade voit l'ombre de la main.

12. — Il compte les doits à la distance de 10 centimètres.

Dix-huit évacuations du 11 au 31; la vue a amelioré très légèrement, il compte les doigts à 20 centimètres, il ne connaît aucune couleur, ne peut voir les petits objets (pupille resserrée et mobile).

Du 1er *janvier au* 11 *mars* 1852.— Cinquante évacuations sans grande amélioration de la vue, il voit cependant plus nettement les doigts de la main; il voit le nez et juge à peu près de la place du nez, des yeux; l'iris s'est beaucoup éloigné de la cornée; l'humeur aqueuse est plus salée qu'aux premieres évacuations. On dilate la pupille et on voit l'opacité un peu plus raréfiée surtout en dehors; les pointillements de la couche corticale antérieure sont moins nombreux, et ceux qui restent sont un peu gros; on dirait que les plus fins ont disparu et que les autres n'ont pas changé.

En dedans on voit deux petites taches très fines (la troisième a disparu). L'opacité est un peu plus marquée dans toute la substance corticale postérieure où les pointillements sont moins visibles qu'en avant. A œil nu on dirait que dans le centre l'opacité est plus compacte, à l'éclairage latéral au contraire le centre paraît plus transparent.

Du 25 *mars au* 12 *avril.* — Dix-sept évacuations; aucun changement ni dans la vue, ni dans l'opacité qui ne permet pas de voir le fond de l'œil à l'ophthalmoscope.

Il sort le 12.

CCXXVI.

Irido-choroïdite ancienne. — Pseudo-cataracte et cataracte. — Quatre-vingt-dix-huit évacuations. — Guérison presque complète.

Mlle M., de Turin, âgée de 18 ans, affectée de dysménorrhée depuis deux ans, avait été soignée, les années dernières, quatre fois pour iritis d'abord dans les deux yeux, puis pour irido-choroïdite dans l'œil gauche.

M. Cornuty publia une des recrudescences d'iritis soufferte par Mlle M., guérie par les évacuations. Elle eut en janvier 1861 une irido-choroïditis assez aiguë dans le même œil, qui guérit complètement aux moyens de calomel à l'intérieur et d'évacuations répétées de l'humeur aqueuse; la vue faiblit de nouveau depuis le mois de mai et s'éteignit peu à peu jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle je la revis à son retour de la campagne.

Vue abolie complètement; elle distingue avec peine le jour de la nuit; œil de dureté normale; chambre antérieure assez grande; iris un peu plus foncé que dans l'autre œil et velouté; synéchie postérieure complètement rebelle à l'atropine; pupille d'aspect d'un vert très prononcé; un certain trouble de la chambre antérieure empêche de bien juger de l'état de la pupille; on ordonne des pilules de fer et aloès.

Paracentèse le 15 novembre, évacuations jusqu'au 30; chambre antérieure limpide; iris moins velouté; pupille dilatée à moitié, mais comme dentelée; opacité pupillaire plus verdâtre encore et opacité blanchâtre de tout le cristallin.

Du 30 novembre au 15 décembre dix évacuations; pupille un peu plus dilatée, opacité d'un vert plus tendre toujours au niveau de la pupille; la malade compte les doigts.

Du 15 décembre au 15 janvier 1862. — Douze évacuations; pupille dans le même état; iris moins foncé et moins velouté; opacité moins verdâtre, comme un peu enfoncée en godet; vue d'un porte-plume à la distance de 10 centimètres.

Du 15 janvier à tout février. — Douze évacuations; elle n'a

pas eu ses règles à la fin de janvier et on ordonne un purgatif. L'opacité s'éloigne toujours plus de la pupille en devenant toujours plus foncée, d'un vert s'approchant du noir. Elle voit un porte-plume à 20 centimètres.

En mars, avril et mai, trente évacuations; amélioration progressive; la menstruation est un peu plus abondante; la pupille tout à fait dilatée; la cristalloïde antérieure transparente; opacité uniforme d'un verd noirâtre à œil nu, grisâtre à l'éclairage latéral, de toute la substance du cristallin.

Elle voit quelques lettres du N° 20 jusqu'à la distance de 20 centimètres.

Du 1er juin au 15 juillet. — Douze évacuations; elle lit le N° 6 assez couramment; la pupille, qui avait été continuellement dilatée jusqu'ici, est rétrécie; on avait cessé l'atropine depuis dix jours. La pupille ainsi rétrécie est peu noire, elle est un peu mobile.

Jusqu'au 30 juillet huit évacuations, à pupille dilatée, à peine un peu de trouble du cristallin; lecture du N° 5 de l'échelle avec un peu de peine jusqu'à 15 centimètres. Elle connaît confusément les personnes d'un côté à l'autre de la rue.

Elle part pour la campagne.

Je me borne à énoncer les faits suivants, qui ne présentent aucune différence avec ceux que je viens de publier.

—

M. M. Louis, de 32 ans, officier des carabiniers. — Cataracte commençante dans l'œil gauche: Amblyopie amaurotique dans le droit depuis l'enfance: il ne peut plus lire ni écrire, et il distingue confusément les personnes même à peu de distance; évacuations de l'humeur aqueuse toujours par la même ouverture pendant huit mois, en tout 98 évacuations; guérison complète de la cataracte. Il lit le N° 2 (*Maison de Santé*).

M. T., âgé de 76 ans, banquier a Turin, opéré d'iridectomie dans l'œil droit atteint de choroïdo-iritis lente avec synéchie postérieure totale et cataracte ; œil gauche cataracte verte et dure presque complète : 44 évacuations à intervalles irréguliers et souvent très longs ; diminution de l'opacité ; amélioration de de la vue. Un mois après la cessation du traitement, cécité presque complète. Pendant les évacuations, qui ont été fort irrégulières pendant cinq mois, il dirigeait ses pas tout seul.

M. B. Dominique, avocat, âgé de 36 ans; cataracte semi-molle avec exorbitisme dans l'œil gauche, et bien avancée dans le droit. Quatre-vingt-quinze évacuations de l'humeur aqueuse en cinq mois. — Diminution de l'opacité et de l'exorbitisme dans les deux yeux, au point qu'il pouvait lire le N.° 11. Deux mois après la cessation du traitement, cécité presque complète des deux yeux. Opération de la cataracte par extraction linéaire précédée de la discission du cristallin avec l'aiguille par la sclérotique; phlegmon commençant dans le gauche; évacuations de l'humeur aqueuse, répétées trois fois par jour, pendant huit jours; guérison complète; vue très bonne dans les deux yeux; pupilles rondes et noires. Il reprit ses occupations comme juge (*Maison de Santé*).

M. V., âgé de 60 ans. — Cataracte demi-dure dans l'œil gauche; 25 évacuations faites à intervalles irréguliers et longs dans les mois de juin, juillet et août 1862; amélioration assez prononcée de la vue; opacité très sensiblement raréfiée; le traitement est continué.

M. T., âgé de 56 ans, prêtre. — Paralytique; cataracte dure complète dans l'œil droit, commençante dans le gauche; 15 évacuations; amélioration très prononcée de la vue dans le gauche qui persiste depuis cinq mois.

Mme, âgé de 55 ans. — Cataracte semi-dure, complète dans l'œil gauche, commençante dans le droit; 37 évacuations; guérison presque complète dans l'œil droit, amélioration dans le gauche.

Mme S. Marguerite, âgée de 86 ans. — Cataracte dure complète dans l'œil droit depuis 4 ans, bien avancée dans le gauche depuis 2 ans. 22 évacuations de l'humeur aqueuse dans le mois de juin 1862. Amélioration plus manifeste dans le gauche. Elle voit une aiguille et lit le N° 5. *(Maison de Santé).*

M. G., âgé de 65 ans. — Cataracte demi-dure aux deux yeux; diabète; marasme; évacuation dans un œil; iridectomie; nouvelles évacuations; fonte purulente de l'œil.

P. B., âgé de 58 ans. — Cataracte demi-dure; 8 évacuations; pas de changements.

C. J., âgé de 60 ans, négociant. — Cataracte dure complète dans l'œil droit; cataracte avancée dans l'œil gauche; 10 évacuations dans les mois d'avril et mai 1862, à intervalles irréguliers; très légère amélioration de la vue. Les opacités n'ont plus fait de progrès jusqu'ici.

M. J. (hôpital de la Divine Providence), âgé de 65 ans. — Cataracte dure, blanchâtre et complète depuis neuf ans dans les deux yeux; yeux très durs; perception à peine sentie du soleil; 70 évacuations de janvier à mai 1862; légères modifications des opacités; retour de la perception de la lumière et vue de l'ombre de la main; opération aux deux yeux par extraction linéaire avec succès complet.

Ces études sur les effets du renouvellement fréquent de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil m'ont conduit à des résultats que je juge importants, et j'ai cru de mon devoir de les publier. J'ai trouvé dans les évacuations répétées de l'humeur aqueuse une ressource puissante contre des affections oculaires les plus variées, et dans ma clinique la paracentèse est devenue un des pansements les plus usuellement employés. Je suis loin de considérer ces recherches comme achevées et j'ai pensé qu'il valait mieux présenter des faits cliniques, que d'insister sur des corollaires que je devrais certainement compléter plus tard. Ces Observations sont assez nombreuses pour que j'ose demander à mes Confrères un aide bienveillant dans des recherches que. de mon côté, je poursuis activement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION . . . . . Pag.

Généralités . . . . . » 1

INDICATIONS DES ÉVACUATIONS RÉPÉTÉES DE L'HUMEUR AQUEUSE

ART. PREMIER. *Glaucome chronique* . . . . . » 28

— DEUXIÈME. *Choroïdite postérieure. — Scléro-choroïdite postérieure. — Staphylôme postérieur. — Amauroses glaucomateuses* . . . . . » 79

— TROISIÈME. *Asthénopies. — Mydriasis* . . . . » 133

— QUATRIÈME. *Héméralopie* . . . . . » 147

— CINQUIÈME. *Désordres dans la circulation de la rétine. — Rétinite. — Exsudats sur la rétine et sur la choroïde* . . . » 151

— SIXIÈME. *Décollement de la rétine. — Atrophies très étendues, graves, de la choroïde* » 162

— SEPTIÈME. *Opacités dans le corps vitré* . . . » 176

— HUITIÈME. *Choroïdo-iritis* . . . . . » 212

— NEUVIÈME. *Iritis* . . . . . » 221

— DIXIÈME. *Hypopyon* . . . . . » 235

— ONZIÈME. *Choroïdo-irido-kératites. — Kératites ponctuées et interlamellaires* . . » 266

— DOUZIÈME. *Accidents consécutifs aux opérations, etc. — Evacuations comme moyen préventif et curatif de ces accidents* » 292

Art. Treizième. . . . . Pag. 341
§ 1. *Staphylôme opaque de la cornée et kératocone* . . . . . » 343
§ 2. *Procidences graves de l'iris* . . . » 276
§ 3. *Ulcères et rammollissements graves de la cornée* . . . . . » 389
§ 4. *Pannus de la cornée* . . . . . » 400
Réflexions . . . . . » 416
— Quatorzième. *Cataracte* . . . . . » 421